



รายละเอียดตัวชี้วัด

ประเด็นคำรับรองปฏิบัติราชการ

(Performance Agreement : PA)

ประจำปี 2563

สำนักงานเขตสุขภาพที่ 4

สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

คำนำ

กระทรวงสาธารณสุข ตามที่ได้จัดทำแผนยุทธศาสตร์ชาติระยะ 20 ปี (ด้านสาธารณสุข) ภายใต้การพัฒนาคือเป็นเลิศใน 4 ด้าน คือ 1. ยุทธศาสตร์ด้านส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และคุ้มครองผู้บริโภคเป็นเลิศ (Promotion Protection and Prevention Excellence) 2. ยุทธศาสตร์บริการเป็นเลิศ (Service Excellence) 3. ยุทธศาสตร์บุคลากรเป็นเลิศ (People Excellence) และ 4. แผนยุทธศาสตร์บริหารเป็นเลิศด้วยธรรมาภิบาล (Governance Excellence) สำหรับปีงบประมาณ พ.ศ. 2563 สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขได้กำหนดประเด็นการปฏิบัติการ (Performance Agreement : PA) จำนวน 10 ตัวชี้วัด คือ 1) คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) 2) อสม.เป็นหมอครอบครัว, 3) โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.ติดดาว) 4) การควบคุมป้องกันวัณโรค (Tuberculosis : TB) 5) การพัฒนาห้องฉุกเฉิน (ER คุณภาพ) 6) การใช้ยาอย่างมีประสิทธิภาพและปลอดภัย (Rational Drug Use : RDU) 7) ลดการใช้ยาต้านจุลชีพอย่างไม่เหมาะสม (Antimicrobial Resistance : AMR) 8) การพัฒนาระบบข้อมูลสารสนเทศด้านสุขภาพ Smart Hospital 9) การเข้าถึงบริการกัญชาทางการแพทย์ และ 10) เขตสุขภาพ (นวัตกรรมการบริหารจัดการ) กำหนดให้มีการรายงานผลการดำเนินงานรายไตรมาส นั้น

สำนักงานเขตสุขภาพที่ 4 สระบุรี จึงได้รวบรวมรายละเอียดตัวชี้วัดนโยบายเร่งรัดของผู้บริหารกระทรวงสาธารณสุข ปีงบประมาณ พ.ศ. 2563 เพื่อกำกับ ติดตามผลการดำเนินงาน และหน่วยงานที่เกี่ยวข้องใช้เป็นแนวทางในการดำเนินงานพร้อมทั้งจัดเก็บข้อมูลตามตัวชี้วัด ดังกล่าวให้เป็นไปในทิศทางเดียวกัน และขอขอบคุณผู้เกี่ยวข้องระดับจังหวัด ศูนย์วิชาการ และหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในเขตสุขภาพที่ 4 ที่ให้ความร่วมมือในการจัดทำคู่มือ เล่มนี้เพื่อใช้ประโยชน์ร่วมกันต่อไป

สำนักงานเขตสุขภาพที่ 4

ณ 1 พฤศจิกายน 2562

สารบัญ

เรื่อง	หน้า
ส่วนที่ 1 ข้อมูลสถานการณ์ประเด็นสำคัญคำรับรองการปฏิบัติราชการ (PA: Performance Agreement) ปีงบประมาณ 2563	1
ส่วนที่ 2 แนวทางการดำเนินงานตามคำรับรองการปฏิบัติราชการ (PA: Performance Agreement) ปีงบประมาณ 2563	12
2.1 ด้านส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และคุ้มครองผู้บริโภคเป็นเลิศ (PP&P Excellence)	12
2.1.1 คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.)	12
- House Model เขตสุขภาพที่ 4	12
- House Model กระทรวงสาธารณสุข	13
- Template กระทรวงสาธารณสุข	14
2.1.2 อสม. เป็นหมอครอบครัว	17
- House Model เขตสุขภาพที่ 4	17
- House Model กระทรวงสาธารณสุข	18
- Template กระทรวงสาธารณสุข	19
2.2 ด้านบริการเป็นเลิศ (Service Excellence)	22
2.2.1 การควบคุมป้องกันวัณโรค	22
- House Model เขตสุขภาพที่ 4	22
- House Model กระทรวงสาธารณสุข	23
- Template กระทรวงสาธารณสุข	24
2.2.2 การพัฒนาห้องฉุกเฉิน (ER คุณภาพ)	32
- House Model เขตสุขภาพที่ 4	32
- House Model กระทรวงสาธารณสุข	33
- Template กระทรวงสาธารณสุข	34
2.2.3 การใช้ยาอย่างมีประสิทธิภาพและปลอดภัย (RDU&AMR)	39
- House Model เขตสุขภาพที่ 4	39
- House Model กระทรวงสาธารณสุข	40
- Template กระทรวงสาธารณสุข (RDU)	41
- Template กระทรวงสาธารณสุข (AMR)	51
2.2.4 การเข้าถึงบริการกัญชาทางการแพทย์	56
- House Model เขตสุขภาพที่ 4	56
- House Model กระทรวงสาธารณสุข	57
- Template กระทรวงสาธารณสุข	58

สารบัญ

เรื่อง	หน้า
ส่วนที่ 2 แนวทางการดำเนินงานตามตามคำรับรองการปฏิบัติราชการ (PA: Performance Agreement) ปีงบประมาณ 2563 (ต่อ)	61
2.3 บริหารเป็นเลิศด้วยธรรมาภิบาล (Governance Excellence)	61
2.3.1 การพัฒนาระบบข้อมูลสารสนเทศด้านสุขภาพ Smart hospital	61
- House Model เขตสุขภาพที่ 4	61
- House Model กระทรวงสาธารณสุข	62
- Template กระทรวงสาธารณสุข	63
2.3.2 การเพิ่มประสิทธิภาพบริหารจัดการของเขตสุขภาพ	74
- House Model เขตสุขภาพที่ 4	74
- House Model กระทรวงสาธารณสุข	75
- Template กระทรวงสาธารณสุข	76
2.3.3 โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลติดดาว(รพ.สต.ติดดาว)	78
- House Model เขตสุขภาพที่ 4	78
- House Model กระทรวงสาธารณสุข	79
- Template กระทรวงสาธารณสุข	80
ส่วนที่ 3 เข้มมุ่งเขตสุขภาพที่ 4	87
3.1 การคลอดก่อนกำหนด (Pre-term)	87
- House Model เขตสุขภาพที่ 4	87
- House Model กระทรวงสาธารณสุข	88
3.2 Intermediate Care	90
- House Model เขตสุขภาพที่ 4	90
- Template กระทรวงสาธารณสุข	91
3.3 Organ Transplant (บริจาคอวัยวะ)	99
- House Model เขตสุขภาพที่ 4	99
- Template กระทรวงสาธารณสุข	100
3.4 โรคหลอดเลือดสมอง (Stroke)	103
- House Model เขตสุขภาพที่ 4	103
- House Model กระทรวงสาธารณสุข	104
- Template กระทรวงสาธารณสุข	105

สารบัญ

เรื่อง	หน้า
ส่วนที่ 3 เข้มมุ่งเขตสุขภาพที่ 4 (ต่อ)	109
3.5 โรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด (STEMI/ACS)	109
- House Model เขตสุขภาพที่ 4	109
- House Model กระทรวงสาธารณสุข	110
- Template กระทรวงสาธารณสุข	111
ส่วนที่ 4 ทำเนียบผู้รับผิดชอบนโยบายเร่งรัดของผู้บริหารกระทรวงสาธารณสุข ปีงบประมาณ 2563 เขตสุขภาพที่ 4	116

ส่วนที่ 1 ข้อมูลสถานการณ์ประเด็นสำคัญคำรับรองการปฏิบัติราชการ (PA: Performance Agreement) ปีงบประมาณ 2563

ลำดับ	ยุทธศาสตร์	แผนงาน	ประเด็น	KPI (นโยบาย เร่งรัด)	KPI (PA ปี 63)	เป้าหมาย	สถานการณ์	การขับเคลื่อน	หมายเหตุ
1	PP&P	การพัฒนา ระบบ การแพทย์ ปฐมภูมิ - พัฒนา เครือข่าย กำลังคนด้าน สุขภาพและ อสม.	1. อสม. เป็น หมอครอบครัว	1) ร้อยละของ ผู้ป่วย กลุ่มเป้าหมายที่ ได้รับการดูแลจาก อสม. หมอประจำ บ้านมีคุณภาพชีวิต ที่ดี 2) จำนวน อสม. ที่ได้รับการพัฒนา เป็น อสม. หมอ ประจำบ้าน	1. จำนวน อสม.ที่ ได้รับการพัฒนาเป็น อสม.หมอประจำบ้าน	อสม. หมอ ประจำบ้าน จำนวน 80,000 คน (สะสม)	NA	1) พัฒนาศักยภาพ อสม. เป็น อสม. หมอประจำบ้าน 2) ส่งเสริม สนับสนุน อสม. หมอประจำบ้านในการดูแล ผู้ป่วยกลุ่มเป้าหมาย 3) ส่งเสริม สนับสนุน อสม. หมอประจำบ้านในการ จัดบริการสุขภาพในชุมชน	PA ผู้ตรวจ ราชการ PA ปลัดกระทรวง สาธารณสุข

ลำดับ	ยุทธศาสตร์	แผนงาน	ประเด็น	KPI (นโยบาย เร่งรัด)	KPI (PA ปี 63)	เป้าหมาย	สถานการณ์	การขับเคลื่อน	หมายเหตุ
2	PP&P	การพัฒนา ระบบ การแพทย์ ปฐมภูมิ	2. รพ.สต.ติด ดาว	3) ร้อยละของ รพ. สต.ที่ผ่านเกณฑ์ การพัฒนา คุณภาพ รพ.สต. ติดดาว	2. ร้อยละของ รพ.สต. ที่ผ่านเกณฑ์การ พัฒนาคุณภาพ รพ. สต.ติดดาว	ร้อยละ 75	ร้อยละ รพ.สต.ติดดาว ระดับ 3 ดาว เขต (100) ประเทศ (66.5) ร้อยละ รพ.สต.ติดดาว ระดับ 5 ดาว เขต (76.38) ประเทศ (70.1)	1) พัฒนาคณะทำงานทุก ระดับให้มีมาตรฐาน 2) สื่อสาร ชี้แจง ประชาสัมพันธ์นโยบาย แนวทางและแผนพัฒนา องค์กรคุณภาพ 3) พัฒนาระบบฐานข้อมูล หน่วยบริการปฐมภูมิ 4) พัฒนาเกณฑ์การพัฒนา คุณภาพ รพ.สต.ติดดาว	PA ผู้ตรวจ ราชการ PA ปลัดกระทรวง สาธารณสุข
3	PP&P	การพัฒนา คุณภาพชีวิต ระดับอำเภอ - โครงการ พัฒนา คุณภาพชีวิต ระดับอำเภอ (พชอ.)	3. พชอ.	4) ร้อยละของ อำเภอมีการ พัฒนาคุณภาพ ชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) ที่มี คุณภาพ	3. ร้อยละของอำเภอ ผ่านเกณฑ์การ ประเมินการพัฒนา คุณภาพชีวิตที่มี คุณภาพ	ร้อยละ 70	ร้อยละของ พชอ. เขต (100) ประเทศ (97.54)	1) สร้างกลไกขับเคลื่อนที่ เชื่อมโยงระบบบริการปฐมภูมิ กับชุมชนและท้องถิ่นอย่างมี คุณภาพ 2) พัฒนาคุณภาพชีวิตระดับ อำเภออย่างมีส่วนร่วม 3) เสริมสร้างศักยภาพ พชอ. อย่างมั่นคงและยั่งยืน	PA ผู้ตรวจ ราชการ PA ปลัดกระทรวง สาธารณสุข

ลำดับ	ยุทธศาสตร์	แผนงาน	ประเด็น	KPI (นโยบาย เร่งรัด)	KPI (PA ปี 63)	เป้าหมาย	สถานการณ์	การขับเคลื่อน	หมายเหตุ
4	Service	การพัฒนา ระบบบริการ สุขภาพ - การ ควบคุม ป้องกันโรค	4. วัคซีน	5) อัตรา ความสำเร็จของ การรักษาโรค ปอดรายใหม่	4. อัตราความสำเร็จ การรักษาผู้ป่วย โรคปอดรายใหม่	≥ ร้อยละ 85	อัตราความสำเร็จของการ รักษาโรคปอด รายใหม่ ประเทศ (80.03)	1) ลดการเสียชีวิต 2) ลดการขาดยา 3) ระบบกำกับติดตามคุณภาพ การดูแลรักษาผู้ป่วยโรค อย่างต่อเนื่อง	PA ผู้ตรวจ ราชการ PA ปลัดกระทรวง สาธารณสุข
5	Service	การพัฒนา ระบบบริการ การแพทย์ ฉุกเฉินครบ วงจรและ ระบบการส่ง ต่อ - การพัฒนา ห้องฉุกเฉิน	5. อัตราเสียชีวิต ของผู้ป่วยวิกฤติ ฉุกเฉิน (triage level 1) ภายใน 24 ชม. ใน โรงพยาบาล A, S, M1	6) อัตราการ เสียชีวิตของผู้ป่วย วิกฤติฉุกเฉิน (triage level 1) ภายใน 24 ชั่วโมง ในโรงพยาบาล ระดับ A, S, M1 (ทั้งที่ ER และ Admit) - อัตราของผู้ป่วย triage level 1,2 ที่มีข้อบ่งชี้ในการ Admit ได้รับ Admit ภายใน 2 ชม. ใน โรงพยาบาลระดับ A, S, M1	5. ร้อยละ รพศ.ผ่าน เกณฑ์ ER คุณภาพ	รพศ.34 แห่ง ผ่าน เกณฑ์ ER คุณภาพ ร้อยละ 80	อัตรารายของผู้ป่วย ฉุกเฉินภายใน ๒๔ ชม. รพ.ระดับ F๒ ขึ้นไป 8.52 ประเทศ (11.50)	1) ECS/ER คุณภาพ 2) TEA Unit 3) อัตรากำลังEP/EN/ENP/ Paramedic 4) DHS-RTI ระดับอำเภอ 5) Ambulance Safety 6) จัดบริการที่มีมาตรฐาน 7) จัดระบบสนับสนุน 8) การพัฒนาและบำรุงรักษา กำลังคน	PA ผู้ตรวจ ราชการ PA ปลัดกระทรวง สาธารณสุข

ลำดับ	ยุทธศาสตร์	แผนงาน	ประเด็น	KPI (นโยบาย เร่งรัด)	KPI (PA ปี 63)	เป้าหมาย	สถานการณ์	การขับเคลื่อน	หมายเหตุ
6	Service	การพัฒนา ระบบบริการ การแพทย์ ฉุกเฉินครบ วงจรและ ระบบการส่ง ต่อ - การพัฒนา ห้องฉุกเฉิน	6. ร้อยละของ ประชากรเข้าถึง บริการ การแพทย์ ฉุกเฉิน	7) ร้อยละของ ประชากรเข้าถึง บริการการแพทย์ ฉุกเฉิน 8) ร้อยละ รพศ. ผ่านเกณฑ์ ER คุณภาพ 9) จำนวนผู้ป่วยที่ ไม่ฉุกเฉินในห้อง ฉุกเฉินระดับ 4 และ 5 (Non trauma)	ร้อยละของ โรงพยาบาลศูนย์ผ่าน เกณฑ์ ER คุณภาพ	ร้อยละ 80	NA	1. ลดผู้ป่วยที่เข้ามารับบริการ ที่ห้องฉุกเฉิน 2. เพิ่มประสิทธิภาพการดูแลผู้ เจ็บป่วยฉุกเฉิน โดยการ จัดบริการเครือข่ายห้องฉุกเฉิน ที่มีมาตรฐาน ตาม ER Service Delivery และ กำหนด ER Target time 2-4 ชั่วโมง (Door in to Door Out)	PA ผู้ตรวจ ราชการ PA ปลัดกระทรวง สาธารณสุข

ลำดับ	ยุทธศาสตร์	แผนงาน	ประเด็น	KPI (นโยบาย เร่งรัด)	KPI (PA ปี 63)	เป้าหมาย	สถานการณ์	การขับเคลื่อน	หมายเหตุ
7	Service	การพัฒนา ระบบบริการ สุขภาพ - การใช้ยา อย่างมี ประสิทธิภาพ และปลอดภัย (RDU&AMR)	7. ร้อยละของ โรงพยาบาลที่ใช้ ยาอย่างสม เหตุผล (RDU) 8. ร้อยละของ โรงพยาบาลที่มี ระบบจัดการ การดื้อยาต้าน จุลชีพอย่าง บูรณาการ (AMR)	10) ร้อยละของ โรงพยาบาลที่ใช้ ยาอย่างสมเหตุผล (RDU) 11) ร้อยละของ โรงพยาบาลที่มี ระบบจัดการการ ดื้อยาต้านจุลชีพ อย่างบูรณาการ (AMR)	6. ร้อยละของ โรงพยาบาลที่ใช้ยา อย่างสมเหตุผล (RDU) 7. ร้อยละของ โรงพยาบาลที่มีระบบ การจัดการการดื้อยา ต้านจุลชีพอย่างบูรณา การ (AMR)	RDU ชั้น 2 ≥ ร้อยละ 60 RDU ชั้น 3 ≥ ร้อยละ 20 มีการ ดำเนินการ RDU Communit y อย่างน้อย จังหวัดละ 1 อำเภอ และ ผ่านเกณฑ์ ระดับ 3 1) AMR ระดับ Intermedia te ร้อยละ 100 2) อัตราการ ติดเชื้อมื้อยา ในกระแส เลือดลดลง	ร้อยละของโรงพยาบาลที่ ใช้ยาอย่างสมเหตุผล (RDU) ชั้น 1 เขต (98.59) ประเทศ (99.78) ร้อยละของโรงพยาบาลที่ ใช้ยาอย่างสมเหตุผล (RDU) ชั้น 2 เขต (26.76) ประเทศ (41.41) ร้อยละของโรงพยาบาลที่ มีระบบจัดการการดื้อยา ต้านจุลชีพอย่างบูรณาการ (AMR) เขต (100) ประเทศ (96.64)	1) เพิ่มความปลอดภัยด้านยา (CKD ผู้สูงอายุ หญิงตั้งครรภ์) 2) หยุดสร้างเชื้อมื้อยา 3) ลดป่วยจากเชื้อมื้อยา 4) RDU Literacy 5) Integrated AMR management (IAM) ระดับ รพศ.รพท. 6) กลไกทีม AMR ระดับเขต	PA ผู้ตรวจ ราชการ PA ปลัดกระทรวง สาธารณสุข

ลำดับ	ยุทธศาสตร์	แผนงาน	ประเด็น	KPI (นโยบาย เร่งรัด)	KPI (PA ปี 63)	เป้าหมาย	สถานการณ์	การขับเคลื่อน	หมายเหตุ
						ร้อยละ 7.50			
8	Service	การพัฒนา ระบบบริการ สุขภาพ - Fast Track	9. Stroke - ร้อยละอัตรา ตายของผู้ป่วย โรคหลอดเลือด สมองและ ระยะเวลาที่ ได้รับการรักษา ที่เหมาะสม	12) ร้อยละอัตรา ตายของผู้ป่วยโรค หลอดเลือดสมอง และระยะเวลาที่ ได้รับการรักษาที่ เหมาะสม	อัตราการตายของผู้ป่วย โรคหลอดเลือดสมอง (Stroke :I60-I69)	น้อยกว่า ร้อยละ 7	ร้อยละอัตราตายของ ผู้ป่วยโรคหลอดเลือด สมองและระยะเวลาที่ ได้รับการรักษาที่เหมาะสม เขต (10.57) ประเทศ (7.97)	1) ทุกจังหวัดมี Stroke fast tract 2) Care Map for hemorrhagic stroke 3) กรณีเส้นเลือดตีบ/ตัน ต้อง ให้ยาเพื่อลดการผ่าตัดได้ ทันท่วงที	ประเด็นมุ่งเน้น เขต
			10. STEMI - ร้อยละของ การให้การรักษา ผู้ป่วย STEMI ได้ตามมาตรฐาน เวลาที่กำหนด	13) อัตราตายของ ผู้ป่วยโรค กล้ามเนื้อหัวใจ ตายเฉียบพลัน ชนิด STEMI และ การให้การรักษา ตามมาตรฐาน เวลาที่กำหนด	อัตราของผู้ป่วยโรค กล้ามเนื้อหัวใจตาย เฉียบพลันชนิด STEMI	ไม่เกินร้อย ละ 9	อัตราการตายของผู้ป่วยโรค กล้ามเนื้อหัวใจตาย เฉียบพลันชนิด STEMI และการให้การรักษาตาม มาตรฐานเวลาที่กำหนด เขต (22.28) ประเทศ (13.21)	กรณีเส้นเลือดแตก ต้อง ได้รับการผ่าตัด และเข้าสู่ กระบวนการรักษาอย่าง รวดเร็ว 4) พัฒนา SSCC/Stroke Unit 5) ให้ความรู้การดูแลรักษาโรค แก่บุคลากรทางการแพทย์ 6) ประชาสัมพันธ์ Stroke Alert/Stroke Awareness ผู้ สาธารณสุข 7) เพิ่มความครอบคลุม Stroke Unit ในโรงพยาบาล ระดับ A,S	ประเด็นมุ่งเน้น เขต

ลำดับ	ยุทธศาสตร์	แผนงาน	ประเด็น	KPI (นโยบาย เร่งรัด)	KPI (PA ปี 63)	เป้าหมาย	สถานการณ์	การขับเคลื่อน	หมายเหตุ
								8) คุณภาพของ Stroke Fast Track 9) จัดให้มีบริการ Thrombectomy ใน รพ. ระดับ A ที่มีความพร้อม	
9	Service	การพัฒนา ระบบบริการ สุขภาพ - พัฒนา นวัตกรรม กัญชาทาง การแพทย์	11. การเข้าถึง บริการกัญชา ทางการแพทย์	14) จำนวนคลินิก การให้บริการ กัญชาทาง การแพทย์ ผสมผสานแพทย์ แผนปัจจุบันและ แพทย์แผนไทย	8. จำนวนคลินิกการ ให้บริการกัญชาทาง การแพทย์นาร่อง	อย่างน้อย เขตสุขภาพ ละ 1 แห่ง	จัดระบบบริการสุขภาพ เพื่อให้ประโยชน์ทาง การแพทย์ และ ผลข้างเคียงต่อผู้รับบริการ น้อยที่สุด ทั้งนี้จำนวน ผู้รับบริการที่มีข้อบ่งชี้ทั้ง แพทย์และแพทย์แผนไทย ประมาณ 8 ล้านคน	1) พัฒนาการจัดระบบการ จัดเก็บข้อมูล C-MOPH และ SAS การใช้กัญชาทาง การแพทย์ 2) อบรมให้ความรู้แบบบูรณา การทั้งการให้บริการแบบ ผสมผสานแผนปัจจุบันและ แผนไทย	PA ผู้ตรวจ ราชการ PA ปลัดกระทรวง สาธารณสุข

ลำดับ	ยุทธศาสตร์	แผนงาน	ประเด็น	KPI (นโยบาย เร่งรัด)	KPI (PA ปี 63)	เป้าหมาย	สถานการณ์	การขับเคลื่อน	หมายเหตุ
10	Service	การพัฒนา ระบบบริการ สุขภาพ	12. การบริหาร พื้นที่สหภาพระยะ กลาง Intermediate Care	NA	9. ร้อยละของ โรงพยาบาลระดับ M และ F ในจังหวัดที่ให้ บริหารพื้นที่สหภาพระยะ กลางแบบผู้ป่วยใน (Intermediate Care)	ร้อยละ 50	ร้อยละของโรงพยาบาล ระดับ M และ F ในจังหวัด ที่ให้บริหารพื้นที่สหภาพระยะ กลางแบบผู้ป่วยใน (Intermediate Care) เขต ร้อยละ (47.61)	รพ.สต. : เป็น care manager ในระดับชุมชน ประสาน อปท. ในพื้นที่: ปรับสภาพบ้าน รถรับส่ง รพช. : เน้นให้บริการ IMC bed/ward สำหรับผู้ป่วยใน พื้นที่ นักกายภาพบำบัด case manager ในระดับ อำเภอ รพศ./รพท. : คัดกรอง และ refer back ผู้ป่วยที่ BI < 75 ไปยัง IMC bed/ward สนับสนุนทางด้านวิชาการ ร่วมทำ Team meeting กับทีม รพช.รับส่งต่อเพื่อให้ การรักษาผู้ป่วยที่มีปัญหา ซับซ้อน สสจ. : ประสานงานใน ระดับจังหวัด และติดตาม/ รายงานตัวชี้วัด พัฒนา ระบบบริการโดยเน้นการ พัฒนาบริการ IMC bed/ward	ประเด็นมุ่งเน้น เขต

ลำดับ	ยุทธศาสตร์	แผนงาน	ประเด็น	KPI (นโยบาย เร่งรัด)	KPI (PA ปี 63)	เป้าหมาย	สถานการณ์	การขับเคลื่อน	หมายเหตุ
11	Service	การพัฒนา ระบบบริการ สุขภาพ	13. พัฒนา ระบบบริการ สุขภาพ สาขา ปลูกถ่ายอวัยวะ	NA	10. อัตราส่วนของ จำนวนผู้ยินยอม บริจาคอวัยวะจาก ผู้ป่วยสมองตาย ต่อ จำนวนผู้ป่วยเสียชีวิต ในโรงพยาบาล (โรงพยาบาล A,S)	ร้อยละ 0.9	อัตราส่วนของจำนวนผู้ ยินยอมบริจาคอวัยวะจาก ผู้ป่วยสมองตาย ต่อ จำนวนผู้ป่วยเสียชีวิตใน โรงพยาบาล (โรงพยาบาล A,S) เขต (0.19) ประเทศ (0.26)	1) มุ่งพัฒนาระบบและ เชื่อมโยงเครือข่ายการรับ บริจาคและปลูกถ่ายอวัยวะ ดวงตา ให้มีประสิทธิภาพ 2) มุ่งการพัฒนา Regional Retrieval Team : RRT และจำนวนการปลูกถ่ายไต สำเร็จ 3) มีผู้แสดงความจำนง บริจาคอวัยวะ เนื้อเยื่อและ ดวงตาเพิ่มขึ้น	ประเด็นมุ่งเน้น เขต

ลำดับ	ยุทธศาสตร์	แผนงาน	ประเด็น	KPI (นโยบาย เร่งรัด)	KPI (PA ปี 63)	เป้าหมาย	สถานการณ์	การขับเคลื่อน	หมายเหตุ
12	Governance	การพัฒนา งานวิจัยและ นวัตกรรมด้าน สุขภาพ - การเพิ่ม ประสิทธิภาพ บริหารจัดการ ของเขต สุขภาพ	14. เขตสุขภาพมี การดำเนินงาน Digital Transformation เพื่อก้าวสู่การ เป็น Smart Hospital	15) ร้อยละของ หน่วยบริการที่ เป็น Smart Hospital - รพ. มีระบบนัด และคิวออนไลน์ 16) จำนวน รพ. มี ระบบรับยาที่ร้าน ยา	9. ร้อยละของหน่วย บริการที่เป็น Smart Hospital - รพ.มีระบบนัดและ คิวออนไลน์ 10. อัตราการคลอด ก่อนกำหนด ลดลง (จากเดิม) (Pre-Term)	หน่วย บริการมีผล การ ดำเนินงาน Smart Tool และ Smart Service ร้อยละ 80 ลดลง ร้อยละ 10	ร้อยละของหน่วยบริการที่ เป็น Smart Hospital รพศ./รพท. (91.67) รพช. (89.83) อัตราการคลอดก่อน กำหนด เขต ร้อยละ (13.05) ประเทศ ร้อยละ (14.5)	1) AI : AI Unit, CXR, Retina 2) Smart Hospital : Queue, Less paper 3) Big Data : ตา ไต หัวใจ 4) รพ.ให้บริการ PHR ผ่าน HIS Gateway 5) จัดระบบ primary fund 6) Service and HR Blueprint 7) Initiative Management Model <u>เขต</u> 1.ประชุมติดตาม ความก้าวหน้า (9 เดือน) 2.แลกเปลี่ยนเรียนรู้/ถอด บทเรียน 3.Pretermร้อยละ 10 เมื่อ เทียบกับปีที่ผ่านมา <u>จังหวัด</u> 1.สรุปผลการดำเนินงาน ป้องกัน Preterm (ระดับ จังหวัด) อย่างมีส่วนร่วมของ	PA ผู้ตรวจ ราชการ PA ปลัดกระทรวง สาธารณสุข PA ผู้ตรวจ ราชการ PA ปลัดกระทรวง สาธารณสุข ประเด็นมุ่งเน้น เขต

ลำดับ	ยุทธศาสตร์	แผนงาน	ประเด็น	KPI (นโยบาย เร่งรัด)	KPI (PA ปี 63)	เป้าหมาย	สถานการณ์	การขับเคลื่อน	หมายเหตุ
								<p>ชุมชน ปัญหาอุปสรรค แนวทางแก้ไข และข้อเสนอแนะ</p> <p>2. Preterm ร้อยละ 10เมื่อเทียบกับปีที่ผ่านมา</p> <p><u>อำเภอ</u></p> <p>1. สรุปผลการดำเนินงาน ป้องกัน Preterm (ระดับอำเภอ) อย่างมีส่วนร่วมของชุมชน ปัญหาอุปสรรค แนวทางแก้ไข และข้อเสนอแนะ</p> <p>2. หลีกเลี่ยงครรภ์เสี่ยง Preterm ที่มี Warning Signs ได้รับการนำส่ง รพ.ทุกราย</p>	

หมายเหตุ PP&P : Primary Care พชอ. อสม.

Service : Fast Track/ RDU&AMR/ TB/ การพัฒนาห้องฉุกเฉิน /การพัฒนากัญชาทางการแพทย์/บริจาคอวัยวะ/IMC

Governance : Smart Hospital/เขตสุขภาพ(Pre-Term)/รพ.สต.ติดตาม

ส่วนที่ 2 แนวทางการดำเนินงานตามคำรับรองการปฏิบัติราชการ (PA: Performance Agreement) ปีงบประมาณ 2563

2.1 ด้านส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และคุ้มครองผู้บริโภคเป็นเลิศ (PP&P Excellence)

2.1.1 คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พขอ.)

- House Model เขตสุขภาพที่



แผนงานการพัฒนากระบบสุขภาพปฐมภูมิ

โครงการการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พขอ.)

Target / KPI No.	เป้าหมาย : มีคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พขอ.) ที่มีคุณภาพ สามารถพัฒนาคุณภาพชีวิตของประชาชนได้อย่างเป็นรูปธรรม KPI: ร้อยละ ๑๐๐ ของอำเภอมีการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พขอ.) ที่มีคุณภาพ			
Situation/ Baseline	มีการดำเนินงานพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอตั้งแต่ปี พ.ศ ๒๕๕๙ -๒๕๖๒ มีคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ จำนวน ๗๐ อำเภอ รองรับระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรีว่าด้วยการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับพื้นที่ อำเภอที่ผ่านเกณฑ์การประเมินการพัฒนาคุณภาพชีวิตที่มีคุณภาพ ร้อยละ ๙๗ (๖๘ จาก ๗๐ อำเภอ)			
Strategy มาตรการ	Strategy ๑ สร้างกลไกขับเคลื่อนที่เชื่อมโยงระบบบริการปฐมภูมิกับชุมชนและท้องถิ่นอย่างมีคุณภาพ	Strategy ๒ พัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภออย่างมีส่วนร่วม	Strategy ๓ เสริมสร้างศักยภาพ พขอ. อย่างมั่นคงและยั่งยืน	
Key Activity กิจกรรมหลัก	๑. ทบทวนคำสั่งแต่งตั้งคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอตามระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรีว่าด้วยการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับพื้นที่ พ.ศ.๒๕๖๑ ๒. จัดประชุมแบบมีส่วนร่วมเพื่อวิเคราะห์ปัญหา/ประเด็นพัฒนา นำมาคัดเลือกเป็นประเด็นสำคัญในการพัฒนาคุณภาพชีวิตตามบริบทในพื้นที่ ๓. อำเภอมีการประเมินตนเองและรายงานผล เพื่อนำมาวางแผนพัฒนา ร่วมกับจังหวัด	๑. จัดประชุมแบบมีส่วนร่วมเพื่อวิเคราะห์ปัญหา/ประเด็นพัฒนา เพื่อการขับเคลื่อนบูรณาการการทำงานร่วมกันเกี่ยวกับการพัฒนาคุณภาพชีวิต ๒. จัดทำแผนดำเนินการพัฒนา/แก้ไขปัญหาคำคัญตามบริบทในพื้นที่ เกี่ยวกับการพัฒนาคุณภาพชีวิต อย่างน้อย ๒ เรื่อง ๓. ดำเนินการตามแผนดำเนินงานพัฒนา/แก้ไขปัญหาคำคัญตามบริบทในพื้นที่ เกี่ยวกับการพัฒนาคุณภาพชีวิต ๔. สรุปทบทวนผลการดำเนินงานพัฒนา/แก้ไขปัญหาคำคัญตามบริบทในพื้นที่ เกี่ยวกับการพัฒนาคุณภาพชีวิต	๑. ดำเนินการบริหารจัดการการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอแบบบูรณาการและมีมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วน ๒. ประเมินผลการดำเนินงานการพัฒนา/แก้ไขปัญหาคำคัญตามบริบทในพื้นที่ เกี่ยวกับการพัฒนาคุณภาพชีวิตที่มีคุณภาพ ๓. สรุปผลการดำเนินงาน/แลกเปลี่ยนเรียนรู้ ชื่นชมและเสริมพลัง ๔. สนับสนุนและส่งเสริมให้การช่วยเหลือซึ่งกันและกันภายในอำเภอเดียวกันเป็นบทบาทสำคัญ เพื่อให้กลายเป็นส่วนหนึ่งของวัฒนธรรมท้องถิ่น	
Small Success	Small success ไตรมาส ๑ -มีการประชุม ทบทวนคัดเลือกประเด็นที่สำคัญตามบริบทในพื้นที่เกี่ยวกับการพัฒนาคุณภาพชีวิตมาดำเนินการพัฒนาหรือแก้ไขปัญหาย อย่างน้อย ๒ ประเด็น -มีการประเมินตนเอง และวางแผนการพัฒนา	Small success ไตรมาส ๒ - มีคณะทำงาน วางแผนแนวทางในการขับเคลื่อนประเด็นการพัฒนาคุณภาพชีวิตตามที่พื้นที่กำหนด - มีการบริหารจัดการ ทรัพยากรของทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้องในการขับเคลื่อนประเด็นฯ	Small success ไตรมาส ๓ มีการเยี่ยมเสริมพลังและประเมินผลการดำเนินการพัฒนาคุณภาพชีวิต โดยการประเมินของผู้เยี่ยมระดับจังหวัดและเขต	Small success ไตรมาส ๔ มีอำเภอมีการดำเนินการและผ่านเกณฑ์การประเมินการพัฒนาคุณภาพชีวิตที่มีคุณภาพ ร้อยละ ๑๐๐

- House Model กระทรวงสาธารณสุข

หน่วยงานหลัก : :สำนักสนับสนุนระบบสุขภาพปฐมภูมิ

ประเด็น : การพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พขอ.)

Target / KPI No.	เป้าหมาย : มีคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พขอ.) ที่มีคุณภาพ สามารถพัฒนาคุณภาพชีวิตของประชาชนได้อย่างเป็นรูปธรรม KPI: ร้อยละ 70 ของอำเภอมีการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พขอ.) ที่มีคุณภาพ			
Situation/ Baseline	มีการดำเนินงานพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอตั้งแต่ปี พ.ศ 2559 มีคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ จำนวน 73 อำเภอ / พ.ศ. 2560 มีคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ จำนวน 200 อำเภอ/พ.ศ.2561 มีคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ จำนวน 878 อำเภอ รองรับระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรีว่าด้วยการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับพื้นที่ พ.ศ.2561 ผ่านเกณฑ์การประเมิน ร้อยละ 50.7 / พ.ศ.2562 อำเภอที่ผ่านเกณฑ์การประเมินการพัฒนาคุณภาพชีวิตที่มีคุณภาพ ร้อยละ 66.28			
Strategy มาตรา	<p>Strategy 1</p> <p>สร้างกลไกขับเคลื่อนที่เชื่อมโยงระบบบริการปฐมภูมิกับชุมชนและท้องถิ่นอย่างมีคุณภาพ</p>	<p>Strategy 2</p> <p>พัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภออย่างมีส่วนร่วม</p>	<p>Strategy 3</p> <p>เสริมสร้างศักยภาพ พขอ. อย่างมั่นคงและยั่งยืน</p>	
Key Activity กิจกรรมหลัก	<p>1.ทบทวนคำสั่งแต่งตั้งคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอตามระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรีว่าด้วยการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับพื้นที่ พ.ศ.2561</p> <p>2.จัดประชุมแบบมีส่วนร่วมเพื่อวิเคราะห์ปัญหา/ประเด็นพัฒนา นำมาคัดเลือกเป็นประเด็นสำคัญในการพัฒนาคุณภาพชีวิตตามบริบทในพื้นที่</p> <p>3.อำเภอมีการประเมินตนเองและรายงานผล เพื่อนำมาวางแผนพัฒนาร่วมกันกับจังหวัด</p>	<p>1.จัดประชุมแบบมีส่วนร่วมเพื่อวิเคราะห์ปัญหา/ประเด็นพัฒนา เพื่อการขับเคลื่อนบูรณาการการทำงานร่วมกันเกี่ยวกับการพัฒนาคุณภาพชีวิต</p> <p>2.จัดทำแผนดำเนินการพัฒนา/แก้ไขปัญหาสำคัญตามบริบทในพื้นที่ เกี่ยวกับการพัฒนาคุณภาพชีวิต อย่างน้อย 2 เรื่อง</p> <p>3 ดำเนินการตามแผนดำเนินการพัฒนา/แก้ไขปัญหาสำคัญตามบริบทในพื้นที่ เกี่ยวกับการพัฒนาคุณภาพชีวิต</p> <p>4 สรุบทบทเรียนผลการดำเนินงานพัฒนา/แก้ไขปัญหาสำคัญตามบริบทในพื้นที่ เกี่ยวกับการพัฒนาคุณภาพชีวิต</p>	<p>1 ดำเนินการบริหารจัดการการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอแบบบูรณาการและมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วน</p> <p>2.ประเมินผลการดำเนินงานการพัฒนา/แก้ไขปัญหาสำคัญตามบริบทในพื้นที่ เกี่ยวกับการพัฒนาคุณภาพชีวิตที่มีคุณภาพ</p> <p>3.สรุปผลการดำเนินงาน/แลกเปลี่ยนเรียนรู้ ชื่นชมและเสริมพลัง</p> <p>4.สนับสนุนและส่งเสริมให้การช่วยเหลือซึ่งกันและกันภายในอำเภอเดียวกันเป็นบทบาทสำคัญเพื่อให้กลายเป็นส่วนหนึ่งของวัฒนธรรมท้องถิ่น</p>	
Small Success	<p>Small success ไตรมาส 1</p> <p>-มีการประชุม ทบทวนคัดเลือกประเด็นที่สำคัญตามบริบทในพื้นที่ที่เกี่ยวกับการพัฒนาคุณภาพชีวิตมาดำเนินการพัฒนาหรือแก้ไขปัญหา อย่างน้อย 2 ประเด็น</p> <p>-มีการประเมินตนเอง และวางแผนการพัฒนา</p>	<p>Small success ไตรมาส 2</p> <p>- มีคณะทำงาน วางแผนแนวทางในการขับเคลื่อนประเด็นการพัฒนาคุณภาพชีวิตตามพื้นที่กำหนด</p> <p>- มีการบริหารจัดการ ทรัพยากรของทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้องในการขับเคลื่อนประเด็นฯ</p>	<p>Small success ไตรมาส 3</p> <p>มีการเยี่ยมเสริมพลังและประเมินผลการดำเนินการพัฒนาคุณภาพชีวิต โดยการประเมินของผู้เยี่ยมระดับจังหวัดและเขต</p>	<p>Small success ไตรมาส 4</p> <p>มีอำเภอมีการดำเนินการและผ่านเกณฑ์การประเมินการพัฒนาคุณภาพชีวิตที่มีคุณภาพ ร้อยละ 70</p>

- Template กระทรวงสาธารณสุข

หมวด	ยุทธศาสตร์ด้านส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และคุ้มครองผู้บริโภคเป็นเลิศ (PP&P Excellence)				
แผนงานที่	2. การพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ				
โครงการ	3. โครงการการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.)				
ระดับการแสดงผล	จังหวัด/เขต				
ชื่อตัวชี้วัดเชิงปริมาณ	11. ร้อยละของอำเภอผ่านเกณฑ์การประเมินการพัฒนาคุณภาพชีวิตที่มีคุณภาพ				
คำนิยาม	<p>การพัฒนาคุณภาพชีวิต หมายถึง การพัฒนาคุณภาพชีวิตที่มีคุณภาพ หมายถึง การประเมินการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ ที่เป็นไปตามเจตนารมณ์ของระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรีว่าด้วยการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับพื้นที่ พ.ศ.2561 ตามองค์ประกอบ UCCARE ในประเด็นที่พื้นที่กำหนดในการพัฒนาคุณภาพชีวิต โดยมีผลลัพธ์การพัฒนาระบบสุขภาพระดับอำเภอที่สามารถยกระดับขึ้นหนึ่งระดับทุกข้อ หรือตั้งแต่ระดับสามขึ้นไปทุกข้อ โดยการประเมินตนเองและประเมินระดับจังหวัด</p> <p>อำเภอ หมายถึง เป็นหน่วยราชการบริหารรองจากจังหวัด มีนายอำเภอเป็นหัวหน้าปกครองและเป็นผู้นำในการทำงานร่วมกับท้องถิ่นและภาคส่วนต่างๆ ในการดูแลประชาชนและส่งเสริมให้ประชาชนดูแลตนเอง ครอบครัวและชุมชนร่วมกัน โดยใช้ปัญหาความทุกข์ยากของประชาชนในพื้นที่ระดับหมู่บ้าน ตำบล อำเภอ เป็นเป้าหมายร่วมในการพัฒนาคุณภาพชีวิตภายใต้บริบทของแต่ละพื้นที่จำนวน 878 แห่ง</p>				
เกณฑ์เป้าหมาย	ปีงบประมาณ 61	ปีงบประมาณ 62	ปีงบประมาณ 63	ปีงบประมาณ 64	ปีงบประมาณ 65
	ร้อยละ 50	ร้อยละ 60	ร้อยละ 70	ร้อยละ 80	ร้อยละ 90
วัตถุประสงค์	เพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตของประชาชนในพื้นที่ให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น โดยใช้หลักการ “พื้นที่เป็นฐาน ประชาชนเป็นศูนย์กลาง” เป็นไปตามเจตนารมณ์ของระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรีว่าด้วยการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับพื้นที่ พ.ศ.2561				
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ทุกอำเภอ (878 อำเภอ)				
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	การรายงาน				

แหล่งข้อมูล	สำนักงานเขตสุขภาพ / สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด / สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ/โรงพยาบาล			
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนอำเภอที่ผ่านเกณฑ์การประเมินการพัฒนาคุณภาพชีวิต			
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนอำเภอ 878 แห่ง			
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(A/B) \times 100$			
ระยะเวลาประเมินผล	ไตรมาส 3 และ 4			
ปี 2563				
	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
	1.มีการประชุม ทบทวน คัดเลือกประเด็นที่สำคัญตาม บริบทในพื้นที่เกี่ยวกับการ พัฒนาคุณภาพชีวิตมา ดำเนินการพัฒนาหรือแก้ไข ปัญหา อย่างน้อย 2 ประเด็น 2.พื้นที่ประเมินตนเอง พร้อม รายงานผลการประเมิน เพื่อ วางแผนพัฒนาร่วมกับจังหวัด	1.มีคณะทำงาน วางแผนกำหนด แนวทางในการขับเคลื่อน ประเด็นการพัฒนาคุณภาพชีวิต ตามที่พื้นที่กำหนด 2.มีการบริหารจัดการ ทรัพยากรของทุกภาคส่วนที่ เกี่ยวข้องในการขับเคลื่อน ประเด็นการพัฒนาคุณภาพชีวิต	มีการเยี่ยมเสริมพลังและ ประเมินผลการดำเนินการ พัฒนาคุณภาพชีวิต ตาม แนวทาง UCCARE โดยการ ประเมินของผู้เยี่ยมระดับ จังหวัดและเขต	อำเภอมีการดำเนินการ พัฒนาคุณภาพชีวิตและ ผ่านเกณฑ์การประเมิน คุณภาพการพัฒนา คุณภาพชีวิต ร้อยละ 70
วิธีการประเมินผล :	1.มีการกำหนดประเด็นการพัฒนาคุณภาพชีวิต อย่างน้อย 2 ประเด็น 2.มีคณะทำงานในการขับเคลื่อนประเด็นที่กำหนด และหรือการบริหารจัดการทรัพยากรของทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้องในการ ขับเคลื่อนการพัฒนาคุณภาพชีวิต 3.มีการประเมินประเด็นปัญหาการพัฒนาคุณภาพชีวิต ตามองค์ประกอบ UCCARE โดยการประเมินตนเองและผู้เยี่ยมระดับ จังหวัดและเขต ร้อยละ 70			
เอกสารสนับสนุน :	1.ระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรีว่าด้วยการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับพื้นที่ พ.ศ.2561 2.คู่มือประกอบการพิจารณาระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรีว่าด้วยการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับพื้นที่ พ.ศ.2561 3.คู่มือแนวทางการดำเนินงานตามระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรีว่าด้วยการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับพื้นที่ พ.ศ.2561			

	4.แนวทางการประเมินคุณภาพการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ					
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน		Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.		
				2560	2561	2562
	878 อำเภอ	ร้อยละ (อำเภอ)	-	ร้อยละ 50.7 (445อำเภอ)	ร้อยละ 66.28 (582อำเภอ)	
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	1. นพ.สุวัฒน์ วิริยพงษ์สุกิจ ผู้อำนวยการสำนักบริหารยุทธศาสตร์สุขภาพดีวิถีชีวิตไทย โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02 5901238 โทรศัพท์มือถือ : 0819230536 โทรสาร :02 590 1239 E-mail : swiriya04@yahoo.com					
	2. นพ.ประสิทธิ์ชัย มั่งจิตร รองผู้อำนวยการสำนักสนับสนุนระบบสุขภาพปฐมภูมิ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02 5901238 โทรศัพท์มือถือ : 0819230536 โทรสาร : 02 590 1239 E-mail : peed.pr@gmail.com					
หน่วยงานประมวลผลและจัดทำข้อมูล(ระดับส่วนกลาง)	สำนักสนับสนุนระบบสุขภาพปฐมภูมิ					
ผู้รับผิดชอบการรายงานผลการดำเนินงาน	1. นพ.ประสิทธิ์ชัย มั่งจิตร รองผู้อำนวยการสำนักสนับสนุนระบบสุขภาพปฐมภูมิ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02 5901238 โทรศัพท์มือถือ : 0819230536 โทรสาร : 02 590 1239 E-mail : peed.pr@hotmail.com 2. นางเอี่ยมพร จันทร์ทอง นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5901238 โทรศัพท์มือถือ : 061-4177216 โทรสาร :02-5901239 E-mail : auam.moph@gmail.com สำนักสนับสนุนระบบสุขภาพปฐมภูมิ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข					

2.1.2 อสม. เป็นหมอครอบครัว

- House Model เขตสุขภาพที่ 4

House model

ประเด็น PA

การพัฒนา Primary Care (พัฒนา อสม.เป็น อสม.หมอประจำบ้าน

เป้าหมาย/ตัวชี้วัด	๑. พัฒนาศักยภาพและยกระดับ อสม.เป็น อสม.หมอประจำบ้าน จำนวน ๖,๐๓๗ คน ๒. ผู้ป่วยกลุ่มเป้าหมาย มีคุณภาพชีวิตที่ ร้อยละ ๗๐			
สถานการณ์ / ข้อมูลพื้นฐาน	ปี ๒๕๖๒ เขตสุขภาพ ๔: พบว่า จำนวน อสม. ๖๔,๘๒๑ คน และมีผู้ป่วยกลุ่มเป้าหมาย (ผู้ป่วยติดบ้านติดเตียง ผู้พิการ/ผู้ด้อยโอกาสที่มีภาวะพึ่งพิง) จำนวน ๑๘,๑๗๓ คน			
มาตรการ	๑.พัฒนาศักยภาพ อสม.เป็น อสม.หมอประจำบ้าน	๒.ส่งเสริม สนับสนุน อสม.หมอประจำบ้านดูแลผู้ป่วยกลุ่มเป้าหมาย	๓.ส่งเสริม สนับสนุน อสม.หมอประจำบ้านจัดบริการในชุมชน	
กิจกรรมหลัก	๑.ชี้แจงหลักสูตร ถ่ายทอดนโยบายและแนวทางการดำเนินงาน ๒. อบรมครู ก. (จนท.ผู้รับผิดชอบ สสจ.) ๓.จัดทำฐานข้อมูลและระบบรายงาน ๔.ติดตาม เยี่ยมเสริมพลัง และประเมินผล	๑.อบรม อสม.หมอประจำบ้าน ๒.อสม.ปฏิบัติงานตามบทบาท อสม.หมอประจำบ้าน ๓.อสม.ดูแลผู้ป่วยกลุ่มเป้าหมายร่วมกับทีมหมอครอบครัว ๔.อสม.รายงานผลการปฏิบัติงานให้ รพ.สต. เพื่อเข้าสู่ฐานข้อมูล thaiphc.net ๕.ติดตามและประเมินผล	๑.อบรมเพิ่มพูนความรู้และทักษะ อสม.หมอประจำบ้าน ๒.พัฒนาศูนย์บริการสาธารณสุขมูลฐาน (ศสมช.) ๓.อสม.หมอประจำบ้านปฏิบัติงานให้บริการสุขภาพทั้งใน ศสมช. และเยี่ยมบ้าน ๔.อสม.ใช้เครื่องมือสื่อสาร(Tele Health) ในการให้บริการในชุมชน	
รับผิดชอบ	ผู้รับผิดชอบงานสุขภาพภาคประชาชน สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด			
Small Success				
ระดับความสำเร็จ	ไตรมาส ๑ (๓ เดือน)	ไตรมาส ๒ (๖ เดือน)	ไตรมาส ๓ (๙ เดือน)	ไตรมาส ๔ (๑๒ เดือน)
	๑.มีหลักสูตรการพัฒนา อสม.หมอประจำบ้าน ๒.มีวางโครงสร้างการดำเนินงาน อสม.หมอครอบครัวให้สอดคล้องกับบริบทในพื้นที่ ๓.มีการชี้แจงแนวทางสู่การปฏิบัติ	มี อสม.หมอประจำบ้าน อย่างน้อย ตำบลละ ๑ คน - ปทุมธานี ๘๓ คน - นนทบุรี ๗๑ คน - พระนครศรีอยุธยา ๒๘๘ คน - ลพบุรี ๑๗๑ คน - อ่างทอง ๑๐๑ คน - สระบุรี ๑๕๓ คน - สิงห์บุรี ๕๙ คน - นครนายก ๕๗ คน รวมทั้งสิ้น ๙๘๓ คน	มี อสม.หมอประจำบ้าน ทุกหมู่บ้าน/ทุกชุมชน -ปทุมธานี ๕๒๗ คน - นนทบุรี ๓๕๑ คน - พระนครศรีอยุธยา ๑,๕๔๘ คน - ลพบุรี ๑,๒๐๔ คน - อ่างทอง ๕๔๗ คน - สระบุรี ๑,๐๓๗ คน - สิงห์บุรี ๓๘๘ คน - นครนายก ๔๓๕ คน รวมทั้งสิ้น ๖,๐๓๗ คน	ผู้ป่วยกลุ่มเป้าหมายมีคุณภาพชีวิตที่ดี ร้อยละ ๗๐ -ปทุมธานี ๒,๗๖๓ คน - นนทบุรี ๒,๘๒๔ คน - พระนครศรีอยุธยา ๔,๐๘๔ คน - ลพบุรี ๒,๑๕๓ คน - อ่างทอง ๑,๗๒๗ คน - สระบุรี ๒,๓๑๒ คน - สิงห์บุรี ๙๓๕ คน - นครนายก ๑,๗๓๕ คน รวมทั้งสิ้น ๑๘,๑๗๓ คน

- House Model กระทรวงสาธารณสุข

หน่วยงานหลัก : กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ

ประเด็น : การพัฒนา อสม. เป็น อสม.หมอประจำบ้าน

Target / KPI No.	๑. จำนวน อสม.ที่ได้รับการพัฒนาเป็น อสม.หมอประจำบ้าน ๒. ร้อยละของผู้ป่วยกลุ่มเป้าหมายที่ได้รับการดูแลจาก อสม.หมอประจำบ้านที่มีคุณภาพชีวิตที่ดี			
Situation /Baseline	- อสม.ทั่วประเทศจำนวน ๑,๐๓๙,๗๒๙ คน - การพัฒนาศักยภาพของผู้ป่วยกลุ่มเป้าหมายที่ได้รับการดูแลจาก อสม. หมอประจำบ้านมีคุณภาพชีวิตที่ดี			
Strategy	พัฒนาศักยภาพ อสม. เป็น อสม. หมอประจำบ้าน	ส่งเสริม สนับสนุน อสม.หมอประจำบ้าน ในการดูแลผู้ป่วยกลุ่มเป้าหมาย	ส่งเสริม สนับสนุน อสม.หมอประจำบ้าน ในการจัดบริการสุขภาพในชุมชน	
Key Activity	๑. พัฒนาหลักสูตร แนวทาง คู่มือ ๒. ถ่ายทอดนโยบายและแนวทางการดำเนินงาน ๓. อบรมครูฝึก (ครู ก และ ข) ๔. พัฒนาฐานข้อมูลและระบบรายงาน ๕. ติดตาม เยี่ยมพลัง และประเมินผล	๑. อบรม อสม.หมอประจำบ้าน ๒. อสม.ปฏิบัติงานบทบาท อสม.หมอประจำบ้าน ๓. อสม.ดูแลผู้ป่วยกลุ่มเป้าหมายร่วมกับทีมหมอครอบครัว ๔. อสม.รายงานผลการปฏิบัติงานให้ รพ.สต.เพื่อเข้าสู่ฐานข้อมูล thaiphc.net ๕. ติดตามและประเมินผล	๑. ฝึกอบรมเพิ่มพูนความรู้และทักษะ อสม.หมอประจำบ้าน ๒. พัฒนาศูนย์บริการสาธารณสุขชุมชน (ศสมช.) ตามแนวทางที่กำหนด ๓. อสม.หมอประจำบ้านปฏิบัติงานให้บริการสุขภาพทั้งใน ศสมช.และเยี่ยมบ้าน ๔. อสม.ใช้เครื่องสื่อสารทางการแพทย์ (TeleHealth) ในการให้บริการในชุมชน ๕. อสม.รายงานผลการปฏิบัติงานผ่าน app “Smart อสม.”หรือฐานข้อมูล thaiphc.net ๖. ติดตามประเมินผลการปฏิบัติงาน อสม.	
ผู้รับผิดชอบ	กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ	กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ	กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ	
Small Success	ไตรมาส ๑ ๑. มีหลักสูตรการพัฒนา อสม. หมอประจำบ้าน ๒. มีการชี้แจงแนวทางสู่การปฏิบัติ	ไตรมาส ๒ มี อสม. หมอประจำบ้าน ๑๐,๐๐๐ คน	ไตรมาส ๓ ๑. มี อสม. หมอประจำบ้าน ๘๐,๐๐๐ คน (สะสม) ๒. อสม.กลุ่มเป้าหมายมีศักยภาพเป็น อสม.หมอประจำบ้าน ร้อยละ ๗๐	ไตรมาส ๔ ผู้ป่วยกลุ่มเป้าหมายมีคุณภาพชีวิตที่ดี ร้อยละ ๗๐

- Template กระบวนการสาธารณสุข

หมวด	ยุทธศาสตร์ด้านบริการเป็นเลิศ (Service Excellence)
แผนที่	5. การพัฒนาระบบการแพทย์ปฐมภูมิ
โครงการที่	9. โครงการพัฒนาเครือข่ายกำลังคนด้านสุขภาพ และ อสม.
ระดับการแสดงผล	ระดับจังหวัด
ชื่อตัวชี้วัด	23. จำนวน อสม. ที่ได้รับการพัฒนาศักยภาพเป็น อสม. หมอประจำบ้าน
คำนิยาม	<p>อสม. หมอประจำบ้าน หมายถึง ประธาน อสม. ระดับหมู่บ้าน/ชุมชน หรือ อสม. ตามระเบียบกระทรวงสาธารณสุข ที่ได้รับการคัดเลือกและพัฒนาศักยภาพตามหลักสูตร อสม. หมอประจำบ้าน ที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด</p> <p>อสม. มีศักยภาพเป็น อสม. หมอประจำบ้าน หมายถึง อสม. ที่ผ่านการอบรมตามหลักสูตร อสม. หมอประจำบ้าน มีความรู้และทักษะในการดูแลสุขภาพคนในชุมชนให้มีคุณภาพชีวิตที่ดี</p>
เกณฑ์เป้าหมาย	80,000 คน
วัตถุประสงค์	พัฒนาศักยภาพและยกระดับ อสม. เป็น อสม. หมอประจำบ้าน ดูแลสุขภาพคนในชุมชนให้มีคุณภาพชีวิตที่ดี
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ประธาน อสม. ระดับหมู่บ้าน/ชุมชน หรือ อสม. ตามระเบียบกระทรวงสาธารณสุข
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	<p>จัดเก็บจากฐานข้อมูล อสม. ซึ่งมีการลงทะเบียน 2 ช่องทาง ดังนี้</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. เจ้าหน้าที่สาธารณสุขผู้รับผิดชอบพื้นที่ รพ.สต./รพช./รพท./หน่วยบริการสาธารณสุขในพื้นที่นำข้อมูลผลการดำเนินงานมาบันทึกลงในเว็บไซต์ฐานข้อมูล www.thaiphc.net 2. อสม. รายงานผลผ่าน Application “SMART อสม.” ด้วยตนเอง
แหล่งข้อมูล	<ol style="list-style-type: none"> 1. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด 2. โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล
รายการข้อมูล 1	A = จำนวน อสม. ที่ได้รับการพัฒนาศักยภาพเป็น อสม. หมอประจำบ้าน
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	A
ระยะเวลาประเมินผล	รายไตรมาส

เกณฑ์การประเมิน : ปี 2563:

	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน	
	<p>1. มีหลักสูตรการพัฒนา — อสม. หมอประจำบ้าน</p> <p>2. มีเครื่องมือชี้แจงแนวทางสู่ — การปฏิบัติ</p> <p>1. มีเครื่องมือชี้แจงแนวทางสู่ การปฏิบัติ</p> <p>2. อบรม อสม. หมอ ประจำบ้าน จำนวน 40,000 คน</p>	<p>มี อสม. หมอประจำบ้าน 10,000 คน</p> <p>อบรม อสม. หมอประจำ บ้าน 80,000 คน (สะสม)</p>	<p>มี อสม. หมอประจำบ้าน 80,000 คน (สะสม)</p>	-	
วิธีการประเมินผล :	เปรียบเทียบกับค่าเป้าหมายที่กำหนด				
เอกสารสนับสนุน :	<p>1. แนวทางการดำเนินงาน</p> <p>2. หลักสูตร อสม. เป็นหมอประจำบ้าน</p> <p>3. ฐานข้อมูล อสม. หมอประจำบ้าน บนเว็บไซต์ www.thaiphc.net</p> <p>4. Application “SMART อสม.”</p>				
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	Baseline data	หน่วย วัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.		
	จำนวน อสม. ที่ ได้รับการพัฒนา ศักยภาพเป็น อสม. หมอ ประจำบ้าน	จำนวน	2560	2561	2562
			-	-	-

2.2 ด้านบริการเป็นเลิศ (Service Excellence)

2.2.1 การควบคุมป้องกันวัณโรค

- House Model เขตสุขภาพที่ 4

แผนการดูแล ป้องกัน ควบคุมวัณโรค เขตสุขภาพที่ 4 ปีงบประมาณ 2563

อัตราความสำเร็จการรักษาผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ (เป้าหมาย > ร้อยละ 85)

Situation : สถานการณ์วัณโรคของผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ ในปี 2559 – 2561 มีผลสำเร็จของการรักษา ร้อยละ 79.4 81.8 และ 82.1 ตามลำดับ และมีอัตราการเสียชีวิตระหว่างการรักษา ร้อยละ 6.9 6.1 และ 6.5 ตามลำดับ ส่งผลให้อัตราความสำเร็จของการรักษาวัณโรคของเขตสุขภาพที่ 4 ต่ำกว่าเป้าหมาย เนื่องจากปัจจัยสำคัญ 3 ประการ คือ (1) ผู้ป่วยวัณโรคเสียชีวิตระหว่างการรักษาสูง (2) การขาดนัดรับยาอย่างต่อเนื่อง และ (3) ไม่มีการติดตามประเมินผลการรักษา การพัฒนานวัตกรรมและมาตรฐานระบบการตรวจวินิจฉัย ป้องกัน ดูแลรักษาของสถานบริการสาธารณสุข และการนำผู้ติดเชื้อวัณโรคและผู้ป่วยวัณโรคเข้าสู่ระบบบริการการรักษาก็ได้มาตรฐาน จะทำให้เกิดผลสำเร็จของการดูแลรักษาผู้ป่วยวัณโรค และยังเป็น การควบคุมโรค โดยตัดวงจรแพร่กระจายเชื้อวัณโรค และป้องกันเชื้อวัณโรคด้วย

เป้าหมาย /ตัวชี้วัด	อัตราความสำเร็จการรักษาผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ (เป้าหมาย > ร้อยละ 85)			
	มาตรการที่ 1 ลดการเสียชีวิต	มาตรการที่ 2 ลดการขาดยา	มาตรการที่ 3 พัฒนาระบบการกำกับติดตามดูแลรักษาผู้ป่วยวัณโรค	
สถานการณ์/ข้อมูลพื้นฐาน				
ยุทธศาสตร์/มาตรการ				
กิจกรรมหลัก	มาตรการ 1. เร่งรัดการคัดกรองและค้นหาผู้ติดเชื้อวัณโรคในกลุ่มเสี่ยงวัณโรค (ผู้สัมผัสวัณโรค/ผู้ต้องขังในเรือนจำ) 2. จัดทำ Death Case Conference ทุกราย 3. ใช้กลไก Case Management Team ของจังหวัด ในการกำกับติดตามการรักษาของผู้ป่วยวัณโรค (Case Monitoring) 4. ประเมินมาตรฐานการรักษาผู้ป่วยวัณโรคของสถานพยาบาล (QTB) 5. เฝ้าระวังและดูแลรักษาผู้ป่วยที่มีอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา	มาตรการ 1. พัฒนาเครือข่ายระบบการส่งต่อข้อมูลผู้ป่วยวัณโรคในระดับโรงพยาบาล จังหวัด เขตสุขภาพ (TB referral center) 2. ใช้กลไก Case Management Team ของจังหวัด ในการกำกับติดตามการรักษาของผู้ป่วยวัณโรค (Case Monitoring) 3. พัฒนาศักยภาพทีมสหวิชาชีพ ในการทำ DOT และการดูแลรักษา โดยผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง	มาตรการ 1. ดำเนินงานผ่าน NOC-TB จังหวัดและอำเภอ 2. กำกับ ติดตาม และประเมินผลการรักษาผู้ป่วยวัณโรค (Monitoring and evaluation) โดยใช้กลไกของ พรบ. โรคติดต่อ พ.ศ.2558 3. พัฒนาเครือข่าย ระบบข้อมูลในการส่งต่อผู้ป่วยวัณโรค (TB referral center) เพื่อการดูแลรักษาอย่างต่อเนื่อง ในระดับโรงพยาบาล จังหวัด เขตสุขภาพ 4. ติดตามการขึ้นทะเบียนผู้ป่วยใน รพ.รัฐ ใน/นอกสังกัด สธ. และเอกชน 5. บริหารจัดการและส่งตรวจทดสอบความไว (DST) ในผู้ป่วยกลุ่มกลับเป็นซ้ำ และกำลังรักษา	
ระดับความสำเร็จ	ไตรมาส 1 (3 เดือน) 1. ร้อยละ 60 ของผู้สัมผัสร่วมบ้านผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่และกลับเป็นซ้ำ ที่ขึ้นทะเบียนรักษา งบประมาณ 2563 ไตรมาสที่ 1 ได้รับการคัดกรองด้วยการถ่ายภาพรังสีทรวงอก	ไตรมาส 2 (6 เดือน) 1. ร้อยละ 60 ของผู้สัมผัสร่วมบ้านผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่และกลับเป็นซ้ำ ที่ขึ้นทะเบียนรักษา งบประมาณ 2563 ไตรมาสที่ 1-2 ได้รับการคัดกรองด้วยการถ่ายภาพรังสีทรวงอก 2. ร้อยละ 80 ของผู้ป่วยวัณโรคที่มีประวัติการรักษามาก่อนขึ้นทะเบียนรักษาในไตรมาสที่ 1 งบประมาณ 2563 มีผลทดสอบความไวต่อยารักษาวัณโรค (DST) ตัวชี้วัดกำกับติดตามมาตรการ - อัตราการเสียชีวิต \leq ร้อยละ 5 และ อัตราการขาดยาและโอนออกของผู้ป่วยวัณโรค เท่ากับ 0	ไตรมาส 3 (9 เดือน) 1. ร้อยละ 60 ของผู้สัมผัสร่วมบ้านผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่และกลับเป็นซ้ำ ที่ขึ้นทะเบียนรักษา งบประมาณ 2563 ไตรมาสที่ 1-3 ได้รับการคัดกรองด้วยการถ่ายภาพรังสีทรวงอก	ไตรมาส 4 (12 เดือน) 1. ร้อยละ 60 ของผู้สัมผัสร่วมบ้านผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่และกลับเป็นซ้ำ ที่ขึ้นทะเบียนรักษา งบประมาณ 2563 ไตรมาสที่ 1-4 ได้รับการคัดกรองด้วยการถ่ายภาพรังสีทรวงอก 2. ร้อยละ 80 ของผู้ป่วยวัณโรคที่มีประวัติการรักษามาก่อนขึ้นทะเบียนรักษาในไตรมาสที่ 1-2 งบประมาณ 2563 มีผลทดสอบความไวต่อยารักษาวัณโรค (DST) ตัวชี้วัดกำกับติดตามมาตรการ - ร้อยละความครอบคลุมการรักษาผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำ \geq ร้อยละ 82.5

- House Model กระทรวงสาธารณสุข

หน่วยงานหลัก: กรมควบคุมโรค

หน่วยงานร่วม: กรมการแพทย์ กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์

กองบริหารการสาธารณสุข

ประเด็น : การควบคุมป้องกันวัณโรค

เป้าหมาย/ ตัวชี้วัด	อัตราความสำเร็จการรักษาผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ (เป้าหมาย \geq ร้อยละ 85)							
สถานการณ์/ ข้อมูล พื้นฐาน	<p>Situation : สถานการณ์การรักษาของผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ ในปี 2559 – 2562 มีผลสำเร็จของการรักษา ร้อยละ 82.8 84.2 85 และ 85 (ยังอยู่ระหว่างการรักษาร้อยละ 4) ตามลำดับ และมีอัตราเสียชีวิตระหว่างการรักษาร้อยละ 8.9 8.7 7.8 และ 7.6 ตามลำดับ ส่งผลให้อัตราความสำเร็จของการรักษาวัณโรคของประเทศไทยต่ำกว่าเป้าหมาย เนื่องจากปัจจัยสำคัญ 3 ประการ คือ (1) ผู้ป่วยวัณโรคเสียชีวิตระหว่างการรักษาส่ง (2) การขาดนัดรับยาอย่างต่อเนื่อง และ (3) ไม่มีการติดตามประเมินผลการรักษา การพัฒนานวัตกรรมและมาตรฐานระบบการตรวจวินิจฉัย ป้องกัน ดูแลรักษาของสถานบริการสาธารณสุข และการนำผู้ติดเชื้อวัณโรคและผู้ป่วยวัณโรคเข้าสู่ระบบบริการการรักษาที่ได้มาตรฐาน จะทำให้เกิดผลสำเร็จของการดูแลรักษาผู้ป่วยวัณโรค และยังเป็น การควบคุมโรค โดยตัดวงจรการแพร่กระจายเชื้อวัณโรค และป้องกันเชื้อวัณโรคด้วยยา</p>							
ยุทธศาสตร์/ มาตรการ	มาตรการที่ 1 ลดการเสียชีวิต		มาตรการที่ 2 ลดการขาดยา		มาตรการที่ 3 พัฒนาคุณภาพและระบบการกำกับติดตามดูแลรักษา			
	มาตรการ	ผู้รับผิดชอบ	มาตรการ	ผู้รับผิดชอบ	มาตรการ	ผู้รับผิดชอบ		
กิจกรรมหลัก และ ผู้รับผิดชอบ	<ul style="list-style-type: none"> เร่งรัดตรวจคัดกรองค้นหาผู้ป่วยวัณโรคในกลุ่มประชากรหลักและผู้มีอาการสงสัยวัณโรค ด้วยการเอ็กซเรย์ปอดและวินิจฉัยที่รวดเร็ว (Molecular test) พร้อมขึ้นทะเบียนรักษาทุกราย พัฒนานวัตกรรมและเทคโนโลยีการตรวจวินิจฉัยทางห้องปฏิบัติการทางด้านวัณโรค โดยเฉพาะวัณโรคคือยา ตรวจทดสอบความไวต่อยาทุกรายเพื่อค้นหา RR/MDR-TB เข้มงวดดูแลกลุ่มเสี่ยงในระยะเข้มข้น เช่น สูงอายุ โรคร่วมขาดสารอาหาร โดยการเยี่ยมบ้าน รับผิดชอบต่อผู้ป่วยในสนับสนุนอาหารเสริม เฝ้าระวัง ดูแลรักษาผู้ป่วยที่มีอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา วัณโรค สูงอายุ โดยเฉพาะระยะเข้มข้น 	กรมควบคุมโรค กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ กรมการแพทย์	<ul style="list-style-type: none"> ใช้กลไก case management team กำกับติดตามการรักษา ดูแลรักษาโดยผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง และมีพี่เลี้ยง (DOT) สร้างกลไกการมีส่วนร่วมของชุมชนและ อสม . ใช้กลไก พชพ. และกลไกในระดับพื้นที่ในการดูแลและติดตามการรักษาผู้ป่วยวัณโรค ร่วมกับทีมสหวิชาชีพ เครือข่ายหน่วยงาน ที่เกี่ยวข้องในพื้นที่ การช่วยเหลือทางด้านสังคมและเศรษฐกิจ 	กรมการแพทย์ กรมควบคุมโรค กองบริหารการสาธารณสุข	<ul style="list-style-type: none"> กำกับ ติดตาม และประเมินผลการรักษาผู้ป่วยวัณโรค (Monitoring and evaluation) ใช้ระบบข้อมูลที่มีคุณภาพในการกำกับติดตามผู้ป่วยวัณโรค พัฒนาคุณภาพและประเมินมาตรฐานการดูแลรักษาผู้ป่วยวัณโรคในสถานพยาบาลให้ได้มาตรฐาน สนับสนุนการพัฒนาคุณภาพ ระบบบริการสุขภาพ และคุณภาพของสถานพยาบาลในการให้บริการดูแลรักษา พัฒนาเครือข่าย ระบบข้อมูลในการส่งต่อผู้ป่วยวัณโรคเพื่อการดูแลรักษาอย่างต่อเนื่อง ใช้กลไกของ พรบ.โรคติดต่อ พ.ศ.2558 ในการกำกับการขึ้นทะเบียนและติดตามการรักษาวัณโรค 	กรมการแพทย์ กรมควบคุมโรค กองบริหารการสาธารณสุข		
ระดับ ความสำเร็จ	ไตรมาส 1 (3 เดือน)		ไตรมาส 2 (6 เดือน)		ไตรมาส 3 (9 เดือน)		ไตรมาส 4 (12 เดือน)	
	<p>1. Situation analysis : วิเคราะห์สถานการณ์ ขนาดและ ความรุนแรงของปัญหา กลุ่มเสี่ยง/กลุ่มเป้าหมาย พื้นที่ เป้าหมาย ช่องว่างและปัญหาอุปสรรค</p> <p>2. Planning จัดทำแผนงานเพื่อลดการเสียชีวิต การขาดยา และพัฒนาระบบการส่งต่อและติดตามผลการรักษา</p>		<p>Monitoring</p> <p>กำกับและติดตามการดำเนินงานมาตรการตามแผนงาน</p> <p>ตัวชี้วัดกำกับติดตามมาตรการ : - ร้อยละความครอบคลุมการรักษาผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็น \geq ร้อยละ 82.5 - อัตราการเสียชีวิต \leq ร้อยละ 5 และ อัตราการขาดยาและเอนออกของผู้ป่วยวัณโรค เท่ากับ 0</p>		<p>Monitoring</p> <p>กำกับและติดตามการดำเนินงานมาตรการตามแผนงาน</p>		<p>Evaluation</p> <p>อัตราความสำเร็จการรักษาผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ \geq ร้อยละ 85 และ</p> <p>ร้อยละความครอบคลุมการรักษาผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำ \geq ร้อยละ 82.5</p>	

- Template กระบวนการสาธารณสุข

หมวด	ยุทธศาสตร์ด้านบริการเป็นเลิศ (Service Excellence)
แผนที่	6. การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan)
โครงการที่	11. โครงการพัฒนาระบบบริการโรคติดต่อ โรคอุบัติใหม่ และโรคอุบัติซ้ำ
ระดับการแสดงผล	จังหวัด/เขต/ประเทศ
ชื่อตัวชี้วัด	25. อัตราสำเร็จของการรักษาวัณโรคปอดรายใหม่
คำนิยาม	<p>1 ความสำเร็จการรักษา หมายถึง ผู้ป่วยวัณโรคที่มีผลการรักษาหายรวมกับรักษาครบ</p> <p>1.1 ความสำเร็จของการดำเนินงานป้องกันควบคุมวัณโรค หมายถึง การสนับสนุนพื้นที่ จังหวัด โรงพยาบาล แก้ไขปัญหาวัณโรคให้สอดคล้อง วินิจฉัย การรักษา และการป้องกันควบคุมวัณโรคตามเป้าหมายที่ตั้งไว้</p> <p>1.2 ความสำเร็จการรักษา หมายถึง ผู้ป่วยวัณโรคที่มีผลการรักษาหายรวมกับรักษาครบ</p> <p>1.2.1 รักษาหาย (Cured) หมายถึง ผู้ป่วยวัณโรคปอดที่มีผลตรวจพบเชื้อวัณโรคทางห้องปฏิบัติการยืนยันเมื่อเริ่มการรักษา และต่อมาตรวจไม่พบเชื้อวัณโรคทางห้องปฏิบัติการอย่างน้อยหนึ่งครั้งก่อนสิ้นสุดการรักษาและในเดือนสุดท้ายของการรักษา</p> <p>1.2.2 รักษาครบ (Treatment Completed) หมายถึง ผู้ป่วยวัณโรคที่รักษาครบกำหนดโดยไม่มีหลักฐานที่แสดงว่าการรักษาล้มเหลว ซึ่งผู้ป่วยดังกล่าวไม่มีเอกสารที่แสดงผลการตรวจเสมหะในเดือนสุดท้ายของการรักษา ทั้งนี้ผลตรวจเสมหะอย่างน้อยหนึ่งครั้งก่อนสิ้นสุดการรักษา เป็นลบรวมทั้งผู้ป่วยที่ไม่ได้ตรวจหรือไม่มีผลตรวจ</p> <p>2 ผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ หมายถึง ผู้ป่วยที่ไม่เคยรักษาวัณโรคมาก่อนและผู้ป่วยที่รักษาวัณโรคน้อยกว่า 1 เดือน โดยไม่เคยขึ้นทะเบียนในแผนงานวัณโรคแห่งชาติ แบ่งเป็น 2 กลุ่ม คือ</p> <p>2.1 ผู้ป่วยที่มีผลตรวจยืนยันพบเชื้อ (Bacteriologically confirmed: B+) หมายถึง ผู้ป่วยที่มีผลตรวจเสมหะเป็นบวก อาจจะเป็นการตรวจด้วยวิธี Smear microscopy หรือ culture หรือวิธี Molecular หรือ วิธีการอื่นๆ ที่องค์การอนามัยโลกรับรอง</p> <p>2.2 ผู้ป่วยที่วินิจฉัยด้วยลักษณะทางคลินิก (Clinically diagnosed: B -) หมายถึง ผู้ป่วยที่มีผลตรวจเสมหะ เป็นลบ แต่ทำการวินิจฉัยด้วยวิธีการตรวจเอกซเรย์รังสีทรวงอก หรือมีลักษณะทางคลินิกเข้าได้กับวัณโรค</p> <p>3 กลุ่มเป้าหมาย</p>

- 3.1.การประเมินอัตราความสำเร็จการรักษาผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่** คือ ผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ที่ขึ้นทะเบียน ในไตรมาสที่ 1 ของปีงบประมาณ 2563 (เดือนตุลาคม – ธันวาคม 2562) ที่เป็นผู้ป่วยไทย ไม่ใช่คนไทย และผู้ป่วยในเรือนจำ ที่รักษาในโรงพยาบาลรัฐ ทั้งในและนอกสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ไม่รวมโรงพยาบาลเอกชน
- 3.2.การประเมินร้อยละความครอบคลุมการรักษาผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำ (TB Treatment Coverage)**คือ ผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำที่ขึ้นทะเบียนในปีงบประมาณ 2563 (1 ตุลาคม 2562–30 กันยายน 2563) ที่เป็นผู้ป่วยไทยและผู้ป่วยในเรือนจำ ที่รักษาในโรงพยาบาลรัฐทั้งในและนอกสังกัดกระทรวงสาธารณสุข และโรงพยาบาลเอกชน
- 4หน่วยงานที่ดำเนินการ** ประกอบด้วย
- 4.1 กองวัณโรค กรมควบคุมโรค รับผิดชอบดำเนินงานตามแผนงานควบคุมโรคของประเทศ
- 4.2 สำนักงานเขตสุขภาพที่ 1-12 และ สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 1-12 รับผิดชอบแผนงานควบคุมวัณโรคระดับเขต (Regional Program)
- 5 ระบบข้อมูลผู้ป่วยวัณโรค** หมายถึงโปรแกรมบริหารจัดการข้อมูลรายผู้ป่วยวัณโรคระดับชาติ(โปรแกรม NTIP online) หรือ ระบบการจัดเก็บข้อมูลผู้ป่วยวัณโรคผ่านระบบออนไลน์ หรือระบบรายงานผู้ป่วยที่ทางกรมควบคุมโรคกำหนด

เกณฑ์เป้าหมาย : อัตราความสำเร็จการรักษาผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่

ชื่อตัวชี้วัด	ปีงบประมาณ 61	ปีงบประมาณ 62	ปีงบประมาณ 63	ปีงบประมาณ 64
อัตราสำเร็จของ การรักษาวัณโรค ปอดรายใหม่	85	85	85 88	85 90
ร้อยละความ ครอบคลุมการ รักษาผู้ป่วยวัณโรค รายใหม่และกลับ เป็นซ้ำ	82.5	85	87.5	90

วัตถุประสงค์	<p>1. เพื่อให้ผู้ติดเชื้อวัณโรคและผู้ป่วยวัณโรคเข้าถึงระบบบริการสุขภาพในด้านการตรวจวินิจฉัย ป้องกัน ดูแลรักษาที่ได้มาตรฐานและรักษาหายรักษาครบ</p> <p>2..เพื่อพัฒนามาตรฐานระบบบริการสุขภาพในการตรวจวินิจฉัย ป้องกัน ดูแลรักษาผู้ติดเชื้อวัณโรคและผู้ป่วยวัณโรคของสถานบริการสาธารณสุข</p>
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	<p>ผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ที่เกิดขึ้นทะเบียน ในไตรมาสที่ 1 ของปีงบประมาณ 2563 (เดือนตุลาคม – ธันวาคม 2562) ที่เป็นผู้ป่วยไทย ไม่ใช่คนไทย และผู้ป่วยในเรือนจำ ที่รักษาในโรงพยาบาลรัฐทั้งในและนอกสังกัดกระทรวงสาธารณสุข <u>ไม่รวมโรงพยาบาลเอกชน</u></p>
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	<p>บันทึกข้อมูลผู้ป่วยวัณโรค ผ่านโปรแกรมบริหารจัดการข้อมูลรายผู้ป่วยวัณโรคระดับชาติ (โปรแกรม NTIP online) หรือ ระบบการจัดเก็บข้อมูลผู้ป่วยวัณโรคผ่านระบบออนไลน์ หรือ ระบบรายงานผู้ป่วยที่ทางกรมควบคุมโรคกำหนด</p>
แหล่งข้อมูล	<p>โปรแกรมบริหารจัดการข้อมูลรายผู้ป่วยวัณโรคระดับชาติ(NTIP online) หรือ ระบบการจัดเก็บข้อมูลผู้ป่วยวัณโรคผ่านระบบออนไลน์ หรือ ระบบรายงานผู้ป่วยที่ทางกรมควบคุมโรคกำหนด</p>
1.สูตรคำนวณตัวชี้วัด	<p>อัตราความสำเร็จการรักษาผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ที่เกิดขึ้นทะเบียน ในไตรมาสที่ 1 ของปีงบประมาณ 2563 (เดือนตุลาคม – ธันวาคม 2562)คำนวณจาก</p> $\text{สูตรคำนวณ} = (A/B) \times 100$ <p>A = จำนวนผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ ที่ขึ้นทะเบียน ในไตรมาสที่ 1 ของปีงบประมาณ 2563 (เดือนตุลาคม – ธันวาคม 2562) โดยมีผลการรักษาหาย (Cured) รวมกับรักษาครบ (Completed) โดยครบรอบรายงานผลการรักษาวันที่ 30 กันยายน 2563</p> <p>B = จำนวนผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ ที่ขึ้นทะเบียน ในไตรมาสที่ 1 ของปีงบประมาณ 2563 (เดือนตุลาคม – ธันวาคม 2562)</p>
รายการข้อมูล 1	<p>A = จำนวนผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ ที่ขึ้นทะเบียน ในไตรมาสที่ 1 ของปีงบประมาณ 2563 (เดือนตุลาคม – ธันวาคม 2562) โดยมีผลการรักษาหาย (Cured) รวมกับรักษาครบ (Completed) โดยครบรอบรายงานผลการรักษาวันที่ 30 กันยายน 2563</p>
รายการข้อมูล 2	<p>B = จำนวนผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ ที่ขึ้นทะเบียน ในไตรมาสที่ 1 ของปีงบประมาณ 2563 (เดือนตุลาคม – ธันวาคม 2562)</p>
2.สูตรคำนวณตัวชี้วัด	<p>ร้อยละความครอบคลุมการรักษาผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำ (TB Treatment Coverage) ที่ขึ้นทะเบียนในปีงบประมาณ 2563 (1 ตุลาคม 2562–30 กันยายน 2563)คำนวณจาก</p> $\text{สูตรคำนวณ} = (A/B) \times 100$

	<p>A = จำนวนผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำ (TB Treatment Coverage) ที่ค้นพบและขึ้นทะเบียนในปีงบประมาณ 2563 (1 ตุลาคม 2562–30 กันยายน 2563)</p> <p>B = จำนวนคาดการณ์การผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำ (TB Treatment Coverage) ที่ขึ้นทะเบียนในปีงบประมาณ 2563 (1 ตุลาคม 2562–30 กันยายน 2563) คิดจากอัตรา 153 ต่อประชากรแสนคน</p>
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำ (TB Treatment Coverage) ที่ค้นพบและขึ้นทะเบียนในปีงบประมาณ 2563 (1 ตุลาคม 2562–30 กันยายน 2563)
รายการข้อมูล 2	<p>B = จำนวนคาดการณ์การผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำ (TB Treatment Coverage) ที่ขึ้นทะเบียนในปีงบประมาณ 2563 (1 ตุลาคม 2562–30 กันยายน 2563) คิดจากอัตรา 153 ต่อประชากรแสนคน</p> <p>หมายเหตุ ข้อมูลประชากรอ้างอิงจากฐานข้อมูล HDC</p>
ระยะเวลาประเมินผล	<ul style="list-style-type: none"> ■ ระยะเวลาประเมินผลในไตรมาสที่ 4 ■ ครบรอบรายงานและประเมินผลวันที่ 30 กันยายน 2563 ■ ติดตามความก้าวหน้าของผลการดำเนินงานตามมาตรการ ทุกไตรมาส
เงื่อนไขการคำนวณ	<ol style="list-style-type: none"> 1. การประเมินผลสำเร็จของการรักษาวัณโรค ไม่นับรวม <ul style="list-style-type: none"> ■ ผู้ป่วยวัณโรคนอกปอดรายใหม่ ขึ้นทะเบียนรักษาใน Cohort ที่ 1 ของปีงบประมาณ 2563 (ตั้งแต่ตุลาคม-ธันวาคม 2562) ■ ผู้ป่วยวัณโรคกลับเป็นซ้ำ (Relapse) ที่เป็นผู้ป่วยที่มีผลตรวจยืนยันพบเชื้อ (Bacteriologically confirmed: B+) ผู้ป่วยที่วินิจฉัยด้วยลักษณะทางคลินิก (Clinically diagnosed: B -) และผู้ป่วยวัณโรคนอกปอดที่ขึ้นทะเบียนรักษาใน Cohort ที่ 1 ของปีงบประมาณ 2563 (ตั้งแต่ตุลาคม-ธันวาคม 2562) 2. กรณีที่แพทย์มีการเปลี่ยนแปลงการวินิจฉัย หรือ พบว่าเป็น Rifampicin resistant Tuberculosis (RR-TB), Multidrug resistant tuberculosis (MDR-TB) หรือ Extensively drug resistant tuberculosis (XDR-TB) ก่อนสิ้นเดือนที่ 5 จะไม่ถูกนำมานับรวมอยู่ในตัวหาร “B” เพื่อคิดคำนวณอัตราความสำเร็จของการรักษาวัณโรค 3. พื้นที่เป้าหมายที่มีการประเมินผลสำเร็จการรักษาวัณโรค คือ พื้นที่เขตสุขภาพที่ 1-12 ยกเว้นในพื้นที่เขตสุขภาพที่ 13 หรือ กรุงเทพมหานคร เนื่องจากกรุงเทพมหานครเป็นพื้นที่ที่มีบริบทของหน่วยงานสถานพยาบาลที่มีความหลากหลาย มีความจำเพาะ ซึ่ง

	รับผิดชอบดำเนินการโดยสถาบันป้องกันควบคุมโรคเขตเมืองและเขตสุขภาพที่ 13 ภายใต้แผนงานวัณโรคและแผนงานป้องกันควบคุมวัณโรคในเขตเมืองใหญ่					
เกณฑ์การประเมิน : ปี 2561-2564 2563 : หมายเหตุ : ครอบรอบรายงานและวันที่ 30 กันยายน ผลการรักษา รายงานเป็นผลลัพธ์ วันที่ 30 กันยายน		รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน	ประเมินผลการรักษา 2563 เพื่อนำ (Outcome) ไป ของตัวชี้วัด ภายใน 2563
	อัตราสำเร็จของการรักษา วัณโรคปอดรายใหม่	-	-	-	ร้อยละ 85 88	
	ร้อยละความครอบคลุม การรักษาผู้ป่วยวัณโรค รายใหม่และกลับเป็นซ้ำ	-	-	-	ร้อยละ 87.5	
วิธีการประเมินผล :	ใช้อัตราความสำเร็จในการรักษาผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ที่ขึ้นทะเบียน ในไตรมาสที่ 1 ของปีงบประมาณ 2563(เดือนตุลาคม – ธันวาคม 2562)แยกเป็นระดับจังหวัด และเขตสุขภาพ แนวทางการประเมินผล 1 ระดับประเทศ โดยกรมควบคุมโรค (กองวัณโรค) ประเมินจากอัตราความสำเร็จการรักษาผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ ที่ขึ้นทะเบียน ในไตรมาสที่ 1 ของปีงบประมาณ 2563(เดือนตุลาคม – ธันวาคม 2562) ในภาพรวมของประเทศ 2 ระดับเขตสุขภาพ/สำนักงานป้องกันควบคุมโรค ประเมินจากอัตราความสำเร็จการรักษาผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ ที่ขึ้นทะเบียน ในไตรมาสที่ 1 ของปีงบประมาณ 2563(เดือนตุลาคม – ธันวาคม 2562) ในระดับพื้นที่ 3 ระดับจังหวัด ประเมินจากอัตราความสำเร็จการรักษาผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ ที่ขึ้นทะเบียน ในไตรมาสที่ 1 ของปีงบประมาณ 2563(เดือนตุลาคม – ธันวาคม 2562) ในภาพของหน่วยงาน/หน่วยบริการภายในจังหวัด					
เอกสารสนับสนุน :	1.แนวทางการดำเนินงานวัณโรคแห่งชาติ					

	2.ระบบข้อมูลผู้ป่วยวัณโรครายบุคคล				
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.		
			2560	2561	2562
	อัตราความสำเร็จการรักษาวัณโรคปอดรายใหม่**	ร้อยละ	84.2	85	85.7
	หมายเหตุ ** อัตราความสำเร็จการรักษาผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ ที่ขึ้นทะเบียน ในไตรมาสที่ 1 ของแต่ละปีงบประมาณ				
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ/ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	กรมควบคุมโรค สำนักวัณโรค 1. แพทย์หญิงผลิน กมลวัฒน์ ผู้อำนวยการสำนักวัณโรค โทรศัพท์ที่ทำงาน: 0 2212 9187 โทรศัพท์มือถือ : 08 4605 6710 โทรสาร : 0 2212 5935 E-mail : phalin1@hotmail.com 2. นายบุญเชิด กลัดพวง นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ โทรศัพท์ที่ทำงาน: 0 2212 9187 โทรศัพท์มือถือ : 089 6801650 โทรสาร : 0 2212 5935 E-mail : bkladphuang 3. นายอรรถกร จันทร์มาทอง นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ โทรศัพท์ที่ทำงาน: 0 2212 9187 โทรศัพท์มือถือ : 096 982 4196 โทรสาร : 0 2212 5935 E-mail : auttagorn@gmail.com 4. นางวิลาวัลย์ แดงสะอาด นักรังสีการแพทย์ชำนาญการ โทรศัพท์ที่ทำงาน: 0 2212 2279 ต่อ 1252 โทรศัพท์มือถือ : 081 318 9424 โทรสาร : 0 2212 5935 E-mail : wdangsaard @ yahoo.com				
หน่วยงานประมวลผลและจัดทำข้อมูล (ระดับส่วนกลาง)	นางสาววิลาวรรณ สมทรง หัวหน้ากลุ่มเฝ้าระวังและพัฒนาข้อมูลวัณโรค โทรศัพท์ที่ทำงาน: 0 2212 2279 โทรสาร : 0 2212 5935 E-mail : swillwan@yahoo.com กรมควบคุมโรค สำนักวัณโรค				

<p>ผู้รับผิดชอบการรายงาน ผลการดำเนินงาน</p>	<p>นางวิลาวัลย์ แดงสะอาด นักรังสีการแพทย์ชำนาญการ โทรศัพท์ที่ทำงาน: 0 2212 2279 ต่อ 1252 โทรศัพท์มือถือ : 081 318 9424 โทรสาร : 0 2212 5935 E-mail : wdangsaard @ yahoo.com</p> <p>กรมควบคุมโรค สำนักวัณโรค</p> <p>นายอรรถกร จันทร์มาทอง นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ โทรศัพท์ที่ทำงาน: ๐ ๒๒๑๒ ๙๑๘๗ โทรศัพท์มือถือ : ๐๙๖ ๙๘๒ ๔๑๙๖ โทรสาร : ๐ ๒๒๑๒ ๕๙๓๕ E-mail : auttagorn@gmail.com</p> <p>กรมควบคุมโรค กองวัณโรค</p>
---	--

ตารางที่ 1 มาตรการสำคัญและกิจกรรมหลักในการขับเคลื่อนการดำเนินงานป้องกันควบคุมวัณโรคภายใต้แนวทางการขับเคลื่อนการดำเนินงานตามนโยบายเร่งรัด ประจำปีงบประมาณ พ.ศ.2563

มาตรการ	แนวทาง/กิจกรรมหลัก	หน่วยงานที่ร่วมดำเนินการ
<p>มาตรการที่ 1 ลดการเสียชีวิตของผู้ป่วยวัณโรค</p>	<ul style="list-style-type: none"> ■ พัฒนาคุณภาพการดูแลรักษาผู้ป่วยวัณโรคในสถานพยาบาลให้ได้มาตรฐาน ■ พัฒนาและประเมินมาตรฐานการรักษาผู้ป่วยวัณโรคของสถานพยาบาล ■ เฝ้าระวังและดูแลรักษาผู้ป่วยที่มีอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา ■ พัฒนาศักยภาพแพทย์ทางด้านการดูแลรักษาผู้ป่วยวัณโรค ■ คัดกรองกลุ่มเสี่ยงวัณโรคและตรวจวินิจฉัยด้วยวิธีการ Molecular ■ ส่งตรวจทดสอบความไวทุกรายเพื่อค้นหา MDR/RR-TB ■ พัฒนานวัตกรรมและเทคโนโลยีเพื่อช่วยในการตรวจวินิจฉัยทางห้องปฏิบัติการด้านวัณโรค 	<ul style="list-style-type: none"> ■ กรมการแพทย์ ■ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ■ สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา ■ กรมควบคุมโรค ■ กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ ■ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข
<p>มาตรการที่ 2 ลดการขาดยาในผู้ป่วยวัณโรค</p>	<ul style="list-style-type: none"> ■ ดูแลรักษาโดยผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง (Patient Centered Care) ดูแลผู้ป่วยแบบมีพี่เลี้ยง (DOT) โดยพัฒนารูปแบบการกำกับการกินยาโดยใช้เทคโนโลยีใหม่ๆเข้ามาช่วย และสร้างกลไกการมีส่วนร่วมของชุมชน 	<ul style="list-style-type: none"> ■ กรมการแพทย์ ■ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ■ กรมควบคุมโรค ■ กองบริหารการสาธารณสุข

มาตรการ	แนวทาง/กิจกรรมหลัก	หน่วยงานที่ร่วมดำเนินการ
	<ul style="list-style-type: none"> ▪ ใช้กลไก พชพ.และกลไกในระดับพื้นที่ในการดูแลและติดตามการรักษาผู้ป่วยวัณโรค ร่วมกับทีมสหวิชาชีพ เครือข่ายหน่วยงานภายนอกที่เกี่ยวข้องในพื้นที่ 	
มาตรการที่ 3 พัฒนา ระบบการส่งต่อและ ติดตามการรักษาผู้ป่วย วัณโรคทุกราย	<ul style="list-style-type: none"> ▪ กำกับ ติดตาม และประเมินผลการรักษาผู้ป่วยวัณโรค (Monitoring and evaluation) ใช้ระบบข้อมูลที่มีคุณภาพในการกำกับติดตามผู้ป่วยวัณโรค ▪ พัฒนาเครือข่าย ระบบข้อมูลในการส่งต่อผู้ป่วยวัณโรคเพื่อการดูแลรักษาอย่างต่อเนื่อง ▪ สนับสนุนการพัฒนาคุณภาพ ระบบบริการสุขภาพและคุณภาพของสถานพยาบาลในการให้บริการ ดูแลรักษาผู้ป่วยวัณโรค 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ กรมการแพทย์ ▪ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ▪ กรมควบคุมโรค ▪ กองบริหารการสาธารณสุข

2.2.2 การพัฒนาห้องฉุกเฉิน (ER คุณภาพ)

- House Model เขตสุขภาพที่ 4

การพัฒนาห้องฉุกเฉินคุณภาพ

Target	(1) รพศ. ผ่านเกณฑ์ ER คุณภาพ ร้อยละ 80 (2) จำนวนผู้ป่วยที่ไม่ฉุกเฉินในห้องฉุกเฉินระดับ 4 และ 5 (Non trauma) ลดลง ร้อยละ 10 (3) อัตราเสียชีวิตของผู้ป่วยวิกฤตฉุกเฉิน (triage level 1) ภายใน 24 ชม. ในโรงพยาบาลระดับ A, S, M1 ไม่เกินร้อยละ 12 (Trauma<12 %, Non-trauma<2%) (4) ร้อยละของผู้ป่วยที่มีข้อบ่งชี้ในการ admit อยู่ในห้องฉุกเฉินไม่เกิน 2 ชม. (2-hr target)>ร้อยละ 50			
Situation/ Baseline	๑. จำนวนผู้ป่วยที่มีมารับบริการห้องฉุกเฉิน ๓๕ ล้านครั้ง/ปี > ๖๐% เป็นผู้ป่วยไม่ฉุกเฉิน ๒. ขาดแพทย์ผู้เชี่ยวชาญ ๓. ขาดระบบข้อมูลห้องฉุกเฉินที่เป็นมาตรฐานเดียวกัน			
One ER One Province				
Strategy	มาตรการที่ 1 จัดระบบบริการที่มีมาตรฐาน	มาตรการที่ 2 จัดระบบสนับสนุน	มาตรการที่ 3 การพัฒนาและธำรงรักษากำลังคน	
Key Activity	1. ลดผู้ป่วยที่เข้ามาใช้บริการที่ห้องฉุกเฉิน 2. เพิ่มประสิทธิภาพการดูแลผู้เจ็บป่วยฉุกเฉิน โดยการจัดบริการเครือข่ายห้องฉุกเฉินที่มีมาตรฐาน ตาม ER Service Delivery และกำหนด ER Target time 2-4 ชั่วโมง (Door in to Door out) 3. 2 P safety	1. พัฒนาอาคารสถานที่ โดยจัดให้มี Double door with access control, ห้องรอตรวจ (Waiting area/room) และ ห้องแยกโรค (Isolation room) 2. จัดทำเกณฑ์ ER คุณภาพ 3. เชื่อมโยงข้อมูลด้านการแพทย์ฉุกเฉิน โดยการพัฒนา ระบบ Teleconsultation และ Ambulance Operation Center (AOC) 4. ส่งข้อมูลผู้รับบริการห้องฉุกเฉินทุกราย ผ่านแฟ้ม "ACCIDENT" ในระบบข้อมูล 43 แฟ้ม และจัดทำ National Emergency Care Information System	1. วางแผนและเพิ่มอัตราการแพทย์เวชศาสตร์ฉุกเฉิน (EP) พยาบาลเวชปฏิบัติฉุกเฉิน (ENP) และนักปฏิบัติการฉุกเฉินทางการแพทย์ (Paramedic) 2. ธำรงรักษาแพทย์เวชศาสตร์ฉุกเฉิน (EP) พยาบาลเวชปฏิบัติฉุกเฉิน (ENP) พยาบาลวิชาชีพห้องฉุกเฉิน (RN) และนักปฏิบัติการฉุกเฉินทางการแพทย์ (Paramedic) 3. อบรมหลักสูตร ER คุณภาพ	
Small Success	ไตรมาส 1 1. แต่งตั้งคณะกรรมการห้องฉุกเฉินคุณภาพ ระดับเขตสุขภาพ ระดับจังหวัด และระดับโรงพยาบาล 2. มีการจัดทำเกณฑ์ ER คุณภาพ 3. วางแผนการพัฒนาตามเกณฑ์ ER คุณภาพ รวมทั้งจัดระบบบริหารจัดการผู้ป่วยที่ไม่ฉุกเฉิน และระบบบริหารจัดการ ER target time 2-hr target	ไตรมาส 2 1. จำนวนผู้ป่วยที่ไม่ฉุกเฉินในห้องฉุกเฉินระดับ 4 และ 5 (Non trauma) ลดลงจากเดิมร้อยละ 5 2. ผู้ป่วยที่มีข้อบ่งชี้ในการ admit อยู่ในห้องฉุกเฉินไม่เกิน 2 ชม. > ร้อยละ 30 3. เครือข่ายห้องฉุกเฉินในระดับจังหวัด มีการจัดบริการตามเกณฑ์ ER คุณภาพ 4. พัฒนาระบบ Teleconsultation ร้อยละ 30	ไตรมาส 3 1. จำนวนผู้ป่วยที่ไม่ฉุกเฉินในห้องฉุกเฉินระดับ 4 และ 5 ลดลงจากเดิมร้อยละ 7 2. ผู้ป่วยที่มีข้อบ่งชี้ในการ admit อยู่ในห้องฉุกเฉินไม่เกิน 2 ชม. > ร้อยละ 40 3. พัฒนาระบบ Teleconsultation ร้อยละ 40 4. พัฒนาระบบ AOC 6 เขตสุขภาพ	ไตรมาส 4 1. รพศ. 34 แห่ง ผ่านเกณฑ์ ER คุณภาพ ร้อยละ 80 2. จำนวนผู้ป่วยที่ไม่ฉุกเฉินในห้องฉุกเฉินระดับ 4 และ 5 (Non trauma) ลดลง ร้อยละ 10 3. อัตราเสียชีวิตของผู้ป่วยวิกฤตฉุกเฉิน (triage level 1) ภายใน 24 ชม. ในโรงพยาบาลระดับ A, S, M1 ไม่เกิน ร้อยละ 12 (Trauma < 12 %, Non-trauma<12 %) 4. ร้อยละของผู้ป่วยที่มีข้อบ่งชี้ในการ admit อยู่ในห้องฉุกเฉินไม่เกิน 2 ชม. (2 - hr target) > ร้อยละ 50 5. พัฒนาระบบ Teleconsultation ร้อยละ 50 6. พัฒนาระบบ AOC ให้ครบทุกเขตสุขภาพอย่างน้อย เขตสุขภาพละ 1 แห่ง

หน่วยงานหลัก : กองบริหารการสาธารณสุข, กรมการแพทย์

- House Model กระทรวงสาธารณสุข

หน่วยงานหลัก : กองบริหารการสาธารณสุข, กรมการแพทย์

ประเด็น : การพัฒนาห้องฉุกเฉินคุณภาพ

Target	(1) รพศ. ผ่านเกณฑ์ ER คุณภาพ ร้อยละ 80 (2) จำนวนผู้ป่วยที่ไม่ฉุกเฉินในห้องฉุกเฉินระดับ 4 และ 5 (Non trauma) ลดลง ร้อยละ 10 (3) อัตราเสียชีวิตของผู้ป่วยวิกฤติฉุกเฉิน (triage level 1) ภายใน 24 ชม. ในโรงพยาบาลระดับ A, S, M1 ไม่เกินร้อยละ 12 (Trauma<12 %, Non-trauma<2%) (4) ร้อยละของผู้ป่วยที่มีข้อบ่งชี้ในการ admit อยู่ในห้องฉุกเฉินไม่เกิน 2 ชม. (2-hr target)>ร้อยละ 50			
Situation / Baseline	๑. จำนวนผู้ป่วยที่มารับบริการห้องฉุกเฉิน ๓๕ ล้านครั้ง/ปี > ๖๐% เป็นผู้ป่วยไม่ฉุกเฉิน ๒. ขาดแพทย์ผู้เชี่ยวชาญ ๓. ขาดระบบข้อมูลห้องฉุกเฉินที่เป็นมาตรฐานเดียวกัน			
One ER One Province				
Strategy	มาตรการที่ 1 จัดระบบบริการที่มีมาตรฐาน	มาตรการที่ 2 จัดระบบสนับสนุน	มาตรการที่ 3 การพัฒนาและธำรงรักษากำลังคน	
Key Activity	1. ลดผู้ป่วยที่เข้ามารับบริการที่ห้องฉุกเฉิน 2. เพิ่มประสิทธิภาพการดูแลผู้ป่วยฉุกเฉิน โดยการ จัดบริการเครือข่ายห้องฉุกเฉินที่มีมาตรฐาน ตาม ER Service Delivery และกำหนด ER Target time 2-4 ชั่วโมง (Door in to Door out) 3. 2 P safety	1. พัฒนาอาคารสถานที่ โดยจัดให้มี Double door with access control, ห้องรอตรวจ (Waiting area/room) และ ห้องแยกโรค (Isolation room) 2. จัดทำเกณฑ์ ER คุณภาพ 3. เชื่อมโยงข้อมูลด้านการแพทย์ฉุกเฉิน โดยการพัฒนาระบบ Teleconsultation และ Ambulance Operation Center (AOC) 4. ส่งข้อมูลผู้รับบริการห้องฉุกเฉินทุกราย ผ่านแฟ้ม "ACCIDENT" ในระบบข้อมูล 43 เพิ่ม และจัดทำ National Emergency Care Information System	1. วางแผนและเพิ่มอัตราแพทย์เวชศาสตร์ฉุกเฉิน (EP) พยาบาลเวชปฏิบัติฉุกเฉิน (ENP) และนักปฏิบัติการฉุกเฉินทางการแพทย์ (Paramedic) 2. ธำรงรักษาแพทย์เวชศาสตร์ฉุกเฉิน (EP) พยาบาลเวชปฏิบัติฉุกเฉิน (ENP) พยาบาลวิชาชีพห้องฉุกเฉิน (RN) และนักปฏิบัติการฉุกเฉินทางการแพทย์ (Paramedic) 3. อบรมหลักสูตร ER คุณภาพ	
Small Success	ไตรมาส 1 1. แต่งตั้งคณะกรรมการห้องฉุกเฉินคุณภาพระดับเขตสุขภาพ ระดับจังหวัด และระดับโรงพยาบาล 2. มีการจัดทำเกณฑ์ ER คุณภาพ 3. วางแผนการพัฒนามาตรฐาน ER คุณภาพ รวมทั้ง จัดระบบบริหารจัดการผู้ป่วยที่ไม่ฉุกเฉินและระบบบริหารจัดการ ER target time 2-hr target	ไตรมาส 2 1. จำนวนผู้ป่วยที่ไม่ฉุกเฉินในห้องฉุกเฉินระดับ 4 และ 5 (Non trauma) ลดลงจากเดิมร้อยละ 5 2. ผู้ป่วยที่มีข้อบ่งชี้ในการ admit อยู่ในห้องฉุกเฉินไม่เกิน 2 ชม. > ร้อยละ 30 3. เครือข่ายห้องฉุกเฉินในระดับจังหวัดมีการจัดบริการตามเกณฑ์ ER คุณภาพ 4. พัฒนาระบบ Teleconsultation ร้อยละ 30	ไตรมาส 3 1. จำนวนผู้ป่วยที่ไม่ฉุกเฉินในห้องฉุกเฉินระดับ 4 และ 5 ลดลงจากเดิมร้อยละ 7 2. ผู้ป่วยที่มีข้อบ่งชี้ในการ admit อยู่ในห้องฉุกเฉินไม่เกิน 2 ชม. > ร้อยละ 40 3. พัฒนาระบบ Teleconsultation ร้อยละ 40 4. พัฒนาระบบ AOC 6 เขตสุขภาพ	ไตรมาส 4 1. รพศ. 34 แห่ง ผ่านเกณฑ์ ER คุณภาพ ร้อยละ 80 2. จำนวนผู้ป่วยที่ไม่ฉุกเฉินในห้องฉุกเฉินระดับ 4 และ 5 (Non trauma) ลดลง ร้อยละ 10 3. อัตราเสียชีวิตของผู้ป่วยวิกฤติฉุกเฉิน (triage level 1) ภายใน 24 ชม. ในโรงพยาบาลระดับ A, S, M1 ไม่เกิน ร้อยละ 12 (Trauma < 12 %, Non-trauma<12 %) 4. ร้อยละของผู้ป่วยที่มีข้อบ่งชี้ในการ admit อยู่ในห้องฉุกเฉินไม่เกิน 2 ชม. (2 - hr target) > ร้อยละ 50 5. พัฒนาระบบ Teleconsultation ร้อยละ 50 6. พัฒนาระบบ AOC ให้ครบทุกเขตสุขภาพอย่างน้อย เขตสุขภาพละ 1 แห่ง

- Template กระทรวงสาธารณสุข

หมวด	ยุทธศาสตร์ด้านบริการเป็นเลิศ (Service Excellence)
แผนที่	7. การพัฒนาระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินครบวงจรและระบบการส่งต่อ
โครงการที่	28. โครงการพัฒนาระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินครบวงจรและระบบการส่งต่อ
ระดับการวัดผล	จังหวัด
ชื่อตัวชี้วัด	48. ร้อยละของโรงพยาบาลศูนย์ผ่านเกณฑ์ ER คุณภาพ
คำนิยาม	<p>ห้องฉุกเฉินคุณภาพ หมายถึง ห้องฉุกเฉินที่มีมาตรฐาน ให้การรักษาพยาบาลผู้ป่วยวิกฤตฉุกเฉิน อย่างทันเวลา ปลอดภัยและประทับใจ โดยเน้นใน 3 มิติ คือ</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. พัฒนาระบบบริการที่มีมาตรฐาน <ol style="list-style-type: none"> 1.1. เพิ่มประสิทธิภาพการดูแลผู้ป่วยวิกฤตฉุกเฉิน <ol style="list-style-type: none"> 1.1.1. จัดบริการห้องฉุกเฉินตามเกณฑ์ ER Service Delivery 1.1.2. กำหนดให้ผู้ป่วยที่มีข้อบ่งชี้ในการ Admit อยู่ในห้องฉุกเฉินไม่เกิน 2-4 ชั่วโมง (ER Target Time 2-4 ชั่วโมง) 1.2. เพิ่มทางเลือกให้ผู้ป่วยไม่ฉุกเฉิน <ol style="list-style-type: none"> 1.2.1. จัดบริการ OPD นอกเวลาราชการ 2. พัฒนาระบบสนับสนุนที่มีมาตรฐาน <ol style="list-style-type: none"> 2.1. พัฒนาอาคารสถานที่ <ol style="list-style-type: none"> 2.1.1. จัดให้มี Double door with access control 2.1.2. จัดให้มีห้องรอตรวจ (Waiting area/room) 2.1.3. จัดให้มีห้องแยกโรค (Isolation room) 2.2. พัฒนาระบบสารสนเทศ <ol style="list-style-type: none"> 2.2.1. มีสารสนเทศที่แสดงคิวและสถานะรวมถึงขั้นตอนการรักษาของผู้ป่วยแต่ละราย (Patient Tracking) 2.2.2. เชื่อมโยงข้อมูลด้านการแพทย์ฉุกเฉิน โดยการพัฒนา ระบบ Telemedicine และ Ambulance Operation Center (AOC) 2.2.3. ส่งข้อมูลผู้รับบริการห้องฉุกเฉินทุกราย ผ่านแฟ้ม “ACCIDENT” ในระบบข้อมูล 43 แฟ้ม

	<p>3. การพัฒนาและธำรงรักษากำลังคน</p> <p>3.1. วางแผนกำลังคนแพทย์เวชศาสตร์ฉุกเฉิน (EP) พยาบาลเวชปฏิบัติฉุกเฉิน (ENP) และนักปฏิบัติการฉุกเฉินทางการแพทย์ (Paramedic)</p>			
เกณฑ์เป้าหมาย				
	ปีงบประมาณ 61	ปีงบประมาณ 62	ปีงบประมาณ 63	ปีงบประมาณ 64
	-	-	ร้อยละ 80	ร้อยละ 100
วัตถุประสงค์	<ol style="list-style-type: none"> 1. เพิ่มการเข้าถึงการบริการ ER คุณภาพของผู้เจ็บป่วยวิกฤตฉุกเฉิน 2. ลดอัตราการเสียชีวิตและภาวะทุพพลภาพของผู้เจ็บป่วยวิกฤตฉุกเฉิน 3. พัฒนาห้องฉุกเฉินที่มีมาตรฐาน 4. บุคลากรมีความปลอดภัย 			
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	โรงพยาบาลศูนย์ สังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข จำนวน 34 แห่ง			
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	ระบบรายงาน/แบบประเมิน			
แหล่งข้อมูล	โรงพยาบาลศูนย์			
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนโรงพยาบาล ระดับ A ที่ผ่านเกณฑ์ประเมิน ER คุณภาพ			
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนโรงพยาบาล ระดับ A ทั้งหมด ในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข			
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(A/B) \times 100$			
ระยะเวลาประเมินผล	ประเมินติดตาม ในไตรมาส 4			

เกณฑ์การประเมิน

ปี 2563 :

ประเภท	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
โรงพยาบาลศูนย์ (A) 34 แห่ง ผ่านเกณฑ์ ER คุณภาพ				ร้อยละ 80

ปี 2564 :

ประเภท	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
โรงพยาบาลศูนย์ (A) 34 แห่ง ผ่านเกณฑ์ ER คุณภาพ				ร้อยละ 100

วิธีการประเมินผล :

ขั้นตอนที่ 1. โรงพยาบาลศูนย์(A) มีคณะกรรมการพัฒนาห้องฉุกเฉินของโรงพยาบาลเพื่อทำหน้าที่

1.1 ประเมิน ER คุณภาพ ตามแบบฟอร์มการประเมินด้านการรักษาพยาบาลฉุกเฉินของโรงพยาบาล (Hospital Based Emergency Care System) ไม่น้อยกว่าปีละ 1 ครั้ง มาวิเคราะห์ผลตอบค่าตัวชี้วัด

1.2 นำข้อมูลที่ได้จากการประเมินด้านการรักษาพยาบาลฉุกเฉินของโรงพยาบาล มาสรุปเป็นข้อคิดเห็นและข้อเสนอแนะ (out put) นำไปสู่การพัฒนา ER คุณภาพ

1.3 นำข้อมูลจากข้อ 1.1 - 1.2 มาวิเคราะห์เชิงปริมาณและคุณภาพ เพื่อนำเสนอผลการดำเนินงานต่อผู้บริหารของโรงพยาบาล และ สสจ. เพื่อนำไปประมวลผลในภาพรวมของจังหวัด นำเสนอข้อมูลต่อหน่วยงานประมวลผลและจัดทำข้อมูล

2 ขั้นตอนที่ 2 เขตสุขภาพ /สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด

2.1 นำข้อมูลที่ได้จากการประเมินด้านการรักษาพยาบาลฉุกเฉินของโรงพยาบาล
ขึ้นไปมาเปรียบเทียบในระดับจังหวัด/เขต

2.2 นำข้อคิดเห็นและข้อเสนอแนะ (out put) นำไปสู่การพัฒนา ER คุณภาพระดับจังหวัด

/เขต

ขั้นตอนที่ 3 ส่วนกลาง

2.2.3 การใช้ยาอย่างมีประสิทธิภาพและปลอดภัย (RDU&AMR)

- House Model เขตสุขภาพที่ 4

Service Plan : โรงพยาบาลส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผลและการจัดการเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพ เขตสุขภาพที่ 4 ปี 2563

เป้าหมายสูงสุด

ประชาชนปลอดภัยจากการใช้ยา (Medical Safety)



เป้าประสงค์

ใช้ยาอย่างมีประสิทธิภาพและสมเหตุผล
(Rational Drug Use)

ลดการใช้อาต้านจุลชีพอย่างไม่เหมาะสม
(Anti-Microbial Resistance)

ตัวชี้วัด

- (1.) โรงพยาบาลในเขตสุขภาพที่ 4 ผ่านเกณฑ์ RDU ดังนี้
 (1.1) ผ่านเกณฑ์ขั้นที่ 1 ทุกโรงพยาบาลในระดับเขต
 (1.2) ผ่านเกณฑ์ขั้นที่ 2 > ร้อยละ 60 ในระดับเขต
 (1.3) ผ่านเกณฑ์ขั้นที่ 3 > ร้อยละ 20 ในระดับเขต

- (2.) โรงพยาบาลระดับ A , S และ M1 ในเขตสุขภาพที่ 4 ผ่านเกณฑ์ ดังนี้
 (2.1) ผ่านเกณฑ์ AMR ระดับ Intermediate ทุกโรงพยาบาลในระดับเขต
 (2.2) อัตราการติดเชื้อดื้อยาลดลงร้อยละ 7.50 เมื่อเทียบกับปีงบประมาณ 2561
 (3.) ทุกจังหวัดมี RDU Community และผ่านเกณฑ์ระดับ 3 อย่างน้อย 1 อำเภอ

สถานการณ์

โรงพยาบาลในเขตสุขภาพที่ 4 ผ่านเกณฑ์ RDU ขั้นที่ 1 : ร้อยละ 98.63 , ขั้นที่ 2 : ร้อยละ 26.03 , ขั้นที่ 3 : ร้อยละ 1.37 (ข้อมูล ณ วันที่ 20 พ.ย. 62)

มาตรการ

มาตรการที่ 1
เพิ่มประสิทธิภาพ
คณะกรรมการ
PTC / RDU-AMR

มาตรการที่ 2
ส่งเสริมให้โรงพยาบาล
ระดับ A , S และ M1
พัฒนาระบบจัดการ AMR

มาตรการที่ 3
ส่งเสริมให้เกิด
RDU Community
ทุกจังหวัด ในระดับเขต

มาตรการที่ 4
ใช้เทคโนโลยีสารสนเทศ
ขับเคลื่อนการดำเนินงาน
RDU-AMR ทุกจังหวัด

มาตรการที่ 5
พัฒนาบุคลากร
และส่งเสริมให้เกิด
Knowledge Sharing

กิจกรรมหลัก

วิเคราะห์และวางนโยบาย
ให้การดำเนินงาน RDU
เหมาะสมกับบริบทโรงพยาบาล
ทุกระดับ ติดตามผลทุก 3 เดือน

วิเคราะห์อุปสรรคของการ
พัฒนาระบบจัดการ AMR
พร้อมปรับให้เข้ากับบริบท
ของโรงพยาบาลและนำไปสู่
มาตรฐานการปฏิบัติจริง

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด
ร่วมกับโรงพยาบาลเครือข่าย
จัดการให้เกิดการดำเนินการ
ตาม 5 กิจกรรมหลักของ
RDU Community

จัดระบบ Data Center
ให้เกิดขึ้นทุกระดับ
พร้อม Data Analysis
และ Data Feedback

จัดประชุม RDU-AMR สัญจร
และส่งเสริม R2R / นวัตกรรม
โดยกำหนดจังหวัดละ 1 เรื่อง

ผู้รับผิดชอบ

คกก. PTC ทุกระดับ

คกก. RDU-AMR ทุกระดับ

สสจ. ทุกจังหวัด

คกก. IT ทุกระดับ

คกก. RDU-AMR เขต

ระดับความสำเร็จ

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
<ul style="list-style-type: none"> RDU ขั้นที่ 2 > 45 % RDU ขั้นที่ 3 > 15 % 	<ul style="list-style-type: none"> RDU ขั้นที่ 2 > 50 % RDU ขั้นที่ 3 > 15 % 	<ul style="list-style-type: none"> RDU ขั้นที่ 2 > 55 % RDU ขั้นที่ 3 > 20 % 	<ul style="list-style-type: none"> RDU ขั้นที่ 2 > 60 % RDU ขั้นที่ 3 > 20 % ทุกจังหวัดมี RDU Community และผ่านเกณฑ์ระดับ 3 อย่างน้อย 1 อำเภอ
	<ul style="list-style-type: none"> AMR ระดับ Intermediate > 90 % การติดเชื้อดื้อยาในกระแสเลือดลดลง 5 % 		<ul style="list-style-type: none"> AMR ระดับ Intermediate 100 % การติดเชื้อดื้อยาในกระแสเลือดลดลง 7.5 %

- House Model กระทรวงสาธารณสุข

ประเด็น : RDU-AMR

Objective KPI	Objectives: ใช้ยาอย่างมีประสิทธิภาพและความปลอดภัย และลดค่าใช้จ่ายด้านยา <u>KPI 1.</u> ร้อยละของ รพ. ที่ใช้ยาอย่างสมเหตุผล (RDU)		Objective: ลดการป่วยจากเชื้อดื้อยา และลดการใช้ยาต้านจุลชีพอย่างไม่เหมาะสม <u>KPI # 2</u> ร้อยละของ รพ. ที่มีระบบจัดการการดื้อยาต้านจุลชีพอย่างบูรณาการ (AMR)	
Situation/ Baseline	ร้อยละของ รพ. ที่ใช้ยาอย่างสมเหตุผล RDU RDU ชั้นที่ 1 ร้อยละ 99.89 และ RDU ชั้นที่ 2 ร้อยละ 42.46 RDU ชั้นที่ 3 ร้อยละ 16.42 (ณ ไตรมาส 3/2562)		รพ.มีการจัดการ AMR อย่างบูรณาการ ระดับ Intermediate ร้อยละ 96.64 อัตราการติดเชื้อดื้อยาต่อผู้ป่วยที่ติดเชื้อแบคทีเรีย 8 ชนิด เท่ากับ 35.62 (ปีพ.ศ. 61)	
Strategy มาตรการ	มาตรการที่ 1 การส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผล (RDU) (ภายใต้ยุทธศาสตร์การพัฒนาระบบยาแห่งชาติ)		มาตรการที่ 2 การจัดการการดื้อยาต้านจุลชีพ (AMR) อย่างบูรณาการ (ภายใต้แผนยุทธศาสตร์ AMR ประเทศไทย พ.ศ. 2560-2564)	
Key Activity กิจกรรม หลัก	<p><u>ระดับกระทรวง :</u> อย. ส่งเสริมการวิจัยและพัฒนางานร่วมกับพื้นที่, ส่งเสริมการเข้าถึงฐานข้อมูลวิชาการและหลักฐานเชิงประจักษ์, รณรงค์ประชาสัมพันธ์, การสนับสนุนและนิเทศการดำเนินงาน</p> <p>สป.(กบรส.)/กรมการแพทย์ : พัฒนาระบบสารสนเทศ กำกับ ติดตามและประเมินผล (M&E)</p> <p><u>ระดับเขต/จังหวัด :</u> - ส่งเสริม สนับสนุน และกำกับ ติดตามการดำเนินงานในระดับพื้นที่</p> <p>- กำกับดูแลการกระจายยา โดยเฉพาะยาอันตรายในร้านชำ (ยาปฏิชีวนะ NSAIDs)</p> <p>- ส่งเสริม RDU ในร้านยาที่เข้าร่วมโครงการลดความแออัด</p> <p><u>ระดับหน่วยบริการ :</u></p> <p>- ดำเนินกิจกรรมตามกุญแจ PLEASE เพื่อความปลอดภัยด้านยา โดยมุ่งเน้น โรคติดเชื้อ 4 โรค ประชากรกลุ่มเสี่ยงคือ เด็ก สตรีตั้งครรภ์ ผู้สูงอายุ ผู้ป่วย DM/HT CKD Asthma</p> <p>- ดำเนินการตามกิจกรรม RDU community</p>		<p><u>ระดับกระทรวง :</u> กรมควบคุมโรค ; สถาบันบำราศนราดูร: จัดทำระบบติดตามการติดเชื้อดื้อยา CRE ของ รพ. (แยกประเภท HAI, HAI refer, CI, colonization) ; สำนักระบาด: เผ่าระวังเชื้อดื้อยารุนแรง 5 ชนิด</p> <p>กรมวิทย์ฯ : พัฒนาศักยภาพห้องปฏิบัติการจุลชีววิทยา</p> <p>สป.(กบรส.) : ขับเคลื่อน service plan รพ.สังกัด สป.และสนับสนุนการแลกเปลี่ยนเรียนรู้</p> <p>กรมการแพทย์ : สนับสนุนการขับเคลื่อนนโยบาย AMR ใน รพ. กรม + กระทรวงอื่นๆ</p> <p><u>ระดับเขต :</u> ทีม AMR ระดับเขต กำหนดมาตรการและสนับสนุนวิชาการให้ รพ.</p> <p><u>ระดับ รพศ./รพท. :</u> ดำเนินการการจัดการ AMR อย่างบูรณาการ (AM) และรายงานอัตราการติดเชื้อดื้อยาในกระแสโลหิต 8 ชนิด และการติดเชื้อ CRE ทุก specimen</p>	
Small Success	Small success ไตรมาส 1 RDU ชั้นที่ 2 ≥ ร้อยละ 45 RDU ชั้นที่ 3 ≥ ร้อยละ 15	Small success ไตรมาส 2 RDU ชั้นที่ 2 ≥ ร้อยละ 50 RDU ชั้นที่ 3 ≥ ร้อยละ 15 AMR ระดับ Intermediate ≥ ร้อยละ 90 อัตราการติดเชื้อดื้อยาในกระแสเลือดลดลง ร้อยละ 5.00	Small success ไตรมาส 3 RDU ชั้นที่ 2 ≥ ร้อยละ 55 RDU ชั้นที่ 3 ≥ ร้อยละ 20	Small success ไตรมาส 4 RDU ชั้นที่ 2 ≥ ร้อยละ 60 RDU ชั้นที่ 3 ≥ ร้อยละ 20 มีการดำเนินการ RDU Community อย่างน้อยจังหวัดละ 1 อำเภอ และผ่านเกณฑ์ระดับ 3 AMR ระดับ Intermediate ร้อยละ 100 อัตราการติดเชื้อดื้อยาในกระแสเลือดลดลง ร้อยละ 7.50

หน่วยงานหลัก: อย./ สป. (กบรส.) หน่วยงานร่วม: กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ กรมควบคุมโรค (สถาบันบำราศนราดูร และสำนักระบาดวิทยา) กรมการแพทย์

แก้ไข 26 กย.62

- Template กระทรวงสาธารณสุข (RDU)

หมวด	ยุทธศาสตร์ด้านบริการเป็นเลิศ (Service Excellence)						
แผนที่	6. การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ						
โครงการที่	12. โครงการป้องกันและควบคุมการติดยาต้านจุลชีพและการใช้ยาอย่างสมเหตุผล						
ระดับการแสดงผล	จังหวัด/เขต/ประเทศ						
ชื่อตัวชี้วัด	26. ร้อยละของโรงพยาบาลที่ใช้ยาอย่างสมเหตุผล (RDU)						
ตัวชี้วัดย่อย	ระดับความสำเร็จของการส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผลในชุมชน ร้อยละของจังหวัดที่ดำเนินการส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผลในชุมชน (RDU Community)						
คำนิยาม	<p>(1) RDU : โครงการส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผล (RDU)</p> <p>(1) RDU เป็นการประเมินการดำเนินงานระดับอำเภอ โดยมีโรงพยาบาล/ศูนย์บริการสาธารณสุข เป็นหน่วยงานหลักในการประสานเชื่อมโยงกับหน่วยงานระดับที่สูงกว่า ระดับเดียวกันหรือระดับรองลงมา ซึ่งประกอบด้วย การประเมิน RDU Hospital, RDU PCU และ RDU in community</p> <ul style="list-style-type: none"> - RDU Hospital หมายถึง โรงพยาบาลสังกัดสำนักปลัดกระทรวงสาธารณสุข (รพศ./รพท./รพช.)/โรงพยาบาลสังกัดกรมการแพทย์/โรงพยาบาลสังกัดกรมสุขภาพจิต/โรงพยาบาลมหาวิทยาลัย/โรงพยาบาลและศูนย์บริการสาธารณสุข สังกัดกรุงเทพมหานคร - RDU PCU หมายถึง รพ.สต.และหน่วยบริการปฐมภูมิที่เรียกในชื่ออื่น - RDU community หมายถึง การดำเนินการเพื่อทำให้เกิด RDU ในระดับอำเภอ/เขตของกรุงเทพมหานคร <p>1.1 การพัฒนาสู่การเป็นโรงพยาบาลส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผล มี 3 ระดับดังนี้</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ RDU ขั้นที่ 1 หมายถึงการดำเนินการผ่านเงื่อนไขต่อไปนี้ <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 50%;">RDU Hospital (R1)</th> <th style="width: 50%;">RDU PCU (R2)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td style="text-align: center;">1. อัตราการใช้ยาในบัญชียาหลักแห่งชาติผ่านเกณฑ์ที่กำหนด</td> <td rowspan="2" style="vertical-align: top;">จำนวน รพ.สต.ไม่น้อยกว่าร้อยละ 40 ของ รพ.สต.ทั้งหมดในเครือข่ายระดับอำเภอที่มีอัตราการใช้ยาปฏิชีวนะในกลุ่มโรคติดเชื้อทางเดินหายใจส่วนบน</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">2. การดำเนินงานของ PTC ผ่านเกณฑ์ระดับ 3</td> </tr> </tbody> </table>		RDU Hospital (R1)	RDU PCU (R2)	1. อัตราการใช้ยาในบัญชียาหลักแห่งชาติผ่านเกณฑ์ที่กำหนด	จำนวน รพ.สต.ไม่น้อยกว่าร้อยละ 40 ของ รพ.สต.ทั้งหมดในเครือข่ายระดับอำเภอที่มีอัตราการใช้ยาปฏิชีวนะในกลุ่มโรคติดเชื้อทางเดินหายใจส่วนบน	2. การดำเนินงานของ PTC ผ่านเกณฑ์ระดับ 3
RDU Hospital (R1)	RDU PCU (R2)						
1. อัตราการใช้ยาในบัญชียาหลักแห่งชาติผ่านเกณฑ์ที่กำหนด	จำนวน รพ.สต.ไม่น้อยกว่าร้อยละ 40 ของ รพ.สต.ทั้งหมดในเครือข่ายระดับอำเภอที่มีอัตราการใช้ยาปฏิชีวนะในกลุ่มโรคติดเชื้อทางเดินหายใจส่วนบน						
2. การดำเนินงานของ PTC ผ่านเกณฑ์ระดับ 3							

- | | |
|---|--|
| <p>3. รายการยาที่ควรพิจารณาตัดออก 8 รายการ ซึ่งยังคงมีอยู่ในบัญชีรายการยาของโรงพยาบาลไม่เกิน 1 รายการ</p> <p>4. จัดทำฉลากยามาตรฐาน ผ่านเกณฑ์ระดับ 3</p> <p>5. การส่งเสริมจริยธรรมในการจัดซื้อจัดหา และการส่งเสริมการขายยา ผ่านระดับ 3</p> | <p>และโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลันผ่านเกณฑ์เป้าหมายทั้ง 2 โรค</p> |
|---|--|

■ RDU ชั้นที่ 2 หมายถึง การดำเนินการผ่านเงื่อนไขต่อไปนี้

RDU Hospital (R1)	RDU PCU (R2)
<p>1. ผลการดำเนินงานของตัวชี้วัด จำนวน 5 ตัวชี้วัดตาม RDU ชั้นที่ 1</p> <p>2. อัตราการใช้ยาปฏิชีวนะในกลุ่มโรคติดเชื้อทางเดินหายใจส่วนบน โรคอุจจาระร่วงเฉียบพลัน แผลสดอุบัติเหตุ และสตรีคลอดปกติครบกำหนดคลอดทางช่องคลอด ไม่เกินค่าเฉลี่ยของประเทศ ทั้ง 4 ตัวชี้วัด (ปี 2562 เกณฑ์ RI รพศ./รพท. ≤ 30 % และ รพช. ≤ 20 %, AD ≤ 20 %, FTW ≤ 50 %, APL ≤ 15 %)</p> <p>3. การใช้ยา NSAIDs ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระดับ 3 ขึ้นไป ไม่เกินร้อยละ 10</p> <p>4. การใช้ยา glibenclamide ในผู้ป่วยสูงอายุหรือไตทำงานบกพร่อง ไม่เกินร้อยละ 5</p>	<p>จำนวน รพ.สต. ไม่น้อยกว่าร้อยละ 60 ของ รพ.สต. ทั้งหมดในเครือข่ายระดับอำเภอ ที่มีอัตราการใช้ยาปฏิชีวนะในกลุ่มโรคติดเชื้อทางเดินหายใจส่วนบนและโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลันผ่านเกณฑ์เป้าหมายทั้ง 2 โรค (เกณฑ์ RI ≤ 20 %, AD ≤ 20 %)</p>

5. การไม่ใช้ยาที่ห้ามใช้ในสตรีตั้งครรภ์ ได้แก่
warfarin*, statins, ergots (* ยกเว้นกรณีใส่
mechanical heart valve)

■ RDU ชั้นที่ 3 หมายถึง การดำเนินการผ่านเงื่อนไขต่อไปนี้

RDU Hospital (R1)	RDU PCU (R2)
1. ผลการดำเนินงานผ่านตามเกณฑ์ในคู่มือ RDU Service plan ครบทั้ง 18 ตัวชี้วัด (หมายเหตุ เกณฑ์ในคู่มือ RI ≤ 20 %, AD ≤ 20 %, FTW ≤ 40 %, APL ≤ 10 %)	จำนวน รพ.สต. ไม่น้อยกว่าร้อยละ 80 ของ รพ.สต. ทั้งหมดในเครือข่ายระดับอำเภอ ที่มีอัตราการเข้ายาปฏิชีวนะในกลุ่มโรคติดเชื้อทางเดินหายใจส่วนบนและโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลันผ่านเกณฑ์เป้าหมายทั้ง 2 โรค

■ RDU ชั้นที่ 3 plus หมายถึง การดำเนินการผ่านเงื่อนไขต่อไปนี้

RDU Hospital (R1)	RDU PCU (R2)
1. ผลการดำเนินงานผ่านตามตัวชี้วัด 18 ตัวชี้วัด ตามเกณฑ์ในคู่มือ RDU Service plan 2. ตัวชี้วัดเฉพาะตามสภาพปัญหา (problem based indicators) โดยอาจเป็นตัวชี้วัดร่วมระดับเขต ระดับเครือข่าย รพ. หรือเฉพาะระดับ รพ.	จำนวน รพ.สต. ไม่น้อยกว่าร้อยละ 80 ของ รพ.สต. ทั้งหมดในเครือข่ายระดับอำเภอ ที่มีอัตราการเข้ายาปฏิชีวนะในกลุ่มโรคติดเชื้อทางเดินหายใจส่วนบนและโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลันผ่านเกณฑ์เป้าหมายทั้ง 2 โรค

หรือตัวชี้วัดตามกลุ่มโรค/กลุ่มยา ที่เป็น
ปัญหาใน service plan อื่น

1.2.การส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผลในชุมชน (RDU Community) (ดูคำนิยามในหมายเหตุท้ายเอกสาร)

เกณฑ์ผ่านตัวชี้วัด: ระดับความสำเร็จการส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผลในชุมชน ผ่านเกณฑ์ระดับ 3

หน่วยวัด ระดับจังหวัด

คำอธิบาย แต่ละจังหวัด มีการออกแบบบริหารจัดการเพื่อให้มีการดำเนินงานส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผลในชุมชน อย่างน้อย 1 อำเภอ ซึ่งแต่ละอำเภอดำเนินการ อย่างน้อย 1 ตำบล โดยกำหนดให้มีผู้ประสานงานระดับจังหวัด และอำเภอ โดยมีโรงพยาบาล/ศูนย์บริการสาธารณสุข เป็นหน่วยงานหลักในการประสานเชื่อมโยงกับหน่วยงานระดับที่สูงกว่า หน่วยงานระดับเดียวกันหรือระดับรองลงมา ทั้งในและนอกสังกัด กระทรวงสาธารณสุข จนถึงชุมชน และเครือข่ายอื่นๆ ในชุมชน ภายใต้กลไกคณะกรรมการระดับอำเภอที่เกี่ยวข้อง เช่น คณะกรรมการ หัวหน้าส่วนราชการในระดับอำเภอ คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ คณะกรรมการธรรมนูญสุขภาพอำเภอ คณะกรรมการประสานงานด้านสาธารณสุขระดับอำเภอ เป็นต้น

การส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผลในชุมชน ดำเนินการ 5 กิจกรรมหลัก ดังนี้

1. การเฝ้าระวังความปลอดภัยด้านยาในหน่วยบริการสุขภาพ (Proactive Hospital based surveillance)
2. การสร้างกระบวนการมีส่วนร่วมจากทุกภาคส่วน เพื่อการใช้ยาอย่างสมเหตุผล (Community Participation)
3. การเฝ้าระวังความปลอดภัยด้านยาเชิงรุกในชุมชน (Active Community based Surveillance)
4. การส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผลในภาคเอกชน (Good Private Sector) เช่น ร้านชำ ร้านยา คลินิก โรงพยาบาลเอกชน
5. การสร้างความรอบรู้ด้านการใช้ยาอย่างสมเหตุผลของประชาชน (RDU Literacy)

	ระดับ ความสำเร็จ	คำอธิบาย	
	ระดับ 1	1.จังหวัดออกแบบระบบบริหารจัดการ ได้แก่ กำหนดองค์ประกอบ โครงสร้างการจัดการ ระบบข้อมูลสารสนเทศ ระบบติดตาม ประเมินผล และระบบอื่นที่เกี่ยวข้อง 2.โรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุขทุกแห่งในพื้นที่อำเภอ เป้าหมาย หรือศูนย์บริการสาธารณสุข กทม. หรือหน่วยบริการ สุขภาพสังกัดอื่น ที่สมัครใจ ดำเนินการ Proactive Hospital based surveillance	
	ระดับ 2	ผ่านเกณฑ์ระดับ 1 และดำเนินการกิจกรรมหลัก Active Community based Surveillance	
	ระดับ 3	ผ่านเกณฑ์ระดับ 2 และดำเนินการกิจกรรมหลัก community participation	
	ระดับ 4	ผ่านเกณฑ์ระดับ 3 และมีการดำเนินการกิจกรรมหลักที่เหลือ อย่าง น้อย 1 ข้อ	
	ระดับ 5	ดำเนินการครบ 5 กิจกรรมหลัก	
<p>รายละเอียดการประเมินการดำเนินการในแต่ละกิจกรรมหลัก ดูในคู่มือดำเนินการส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผลในชุมชน จากเว็บไซต์ http://ndi.fda.moph.go.th/drug_use (อยู่ระหว่างดำเนินการ)</p>			
<p>เกณฑ์เป้าหมาย :</p>			

	ปีงบประมาณ 61	ปีงบประมาณ 62	ปีงบประมาณ 63	ปีงบประมาณ 64	
	RDU ชั้นที่ 1 80% RDU ชั้นที่ 2 20%	RDU ชั้นที่ 1 95 % RDU ชั้นที่ 2 20%	- RDU ชั้นที่ 2 60% 50% - RDU ชั้นที่ 3 20% - ร้อยละ 100 ของจังหวัด มีการดำเนินการ RDU Community อย่างน้อย 1 อำเภอ และผ่านเกณฑ์ ระดับ 3	-RDU ชั้นที่ 3 80% - RDU ชั้นที่ 2 60% - RDU ชั้นที่ 3 40% - ร้อยละ 100 ของจังหวัดมี การดำเนินการ RDU Community ร้อยละ 30 ของอำเภอในจังหวัด และ ผ่านเกณฑ์ RDU Community ระดับ 3	
วัตถุประสงค์	เพื่อให้ความปลอดภัยจากการใช้ยา และลดค่าใช้จ่ายด้านยาที่ไม่จำเป็น				
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลชุมชน หรือโรงพยาบาลที่เทียบเท่า และหน่วยบริการปฐมภูมิ และชุมชน ซึ่งเป็นพื้นที่ระดับ อำเภอ				
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	รายงานกองบริหารการสาธารณสุข				
แหล่งข้อมูล	ข้อมูลจากโรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลชุมชน				
รายการข้อมูล 1	A1 = จำนวนโรงพยาบาลผ่าน RDU ชั้นที่ 2 , A2 = จำนวนโรงพยาบาลที่ผ่าน RDU ชั้น 3				
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนโรงพยาบาลทั้งหมด				
รายการข้อมูล 3	C = จำนวนจังหวัดที่มีการดำเนินการ RDU Community อย่างน้อย 1 อำเภอ และผ่านเกณฑ์ระดับ 3				
รายการข้อมูล 4	D = จำนวนจังหวัดทั้งหมด				
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	<ol style="list-style-type: none"> 1. $(A1/B) \times 100$ 2. $(A2/B) \times 100$ 3. $(C/D) \times 100$ 				

ระยะเวลาประเมินผล	ทุก 3 เดือน (ประมวลผลยอดสะสมตั้งแต่ต้นปีงบประมาณ)				
เกณฑ์การประเมิน :	ปี 2563:				
	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน	
	RDU ชั้นที่ 2 \geq 45 % - RDU ชั้นที่ 2 \geq 44 % - RDU ชั้นที่ 3 \geq 15 %	RDU ชั้นที่ 2 \geq 50 % - RDU ชั้นที่ 2 \geq 46 % - RDU ชั้นที่ 3 \geq 15 %	RDU ชั้นที่ 2 \geq 55 % - RDU ชั้นที่ 2 \geq 48 % - RDU ชั้นที่ 3 \geq 20 %	RDU ชั้นที่ 2 \geq 60 % - RDU ชั้นที่ 2 \geq 50 % - RDU ชั้นที่ 3 \geq 20 % ร้อยละ 100 ของจังหวัด มีการดำเนินการ RDU Community อย่างน้อย จังหวัดละ 1 อำเภอ และผ่านเกณฑ์ระดับ 3	
วิธีการประเมินผล :	การรายงาน และการวิเคราะห์เปรียบเทียบผล				
เอกสารสนับสนุน :	รายการตัวชี้วัดเพื่อประเมินระดับการพัฒนาสู่การเป็นหน่วยบริการส่งเสริมการใช้อย่างสมเหตุสมผล				
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	Baseline data (RDU)	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.		
	2562	ร้อยละ	2560	2561	2562
			RDU ชั้นที่ 1 ร้อยละ 61.49	RDU ชั้น 1 ร้อยละ 95.30 และ RDU ชั้น 2 ร้อยละ 11.62 (ไม่ผ่านเกณฑ์ เป้าหมาย ร้อยละ 15)	RDU ชั้นที่ 1 ร้อยละ 99.89 และ RDU ชั้นที่ 2 ร้อยละ 42.46 RDU ชั้นที่ 3 ร้อยละ

คำอธิบายเพิ่มเติม

นิยามปฏิบัติการสำหรับการดำเนินการส่งเสริมใช้ยาอย่างสมเหตุผลในชุมชน

การใช้ยาอย่างสมเหตุผล หมายถึง การจัดวางระบบและกระบวนการจัดการด้านยา ที่มีวัตถุประสงค์เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับยาที่เหมาะสมกับข้อบ่งชี้ทางคลินิก ในปริมาณที่สอดคล้องกับความต้องการของแต่ละบุคคล ในระยะเวลาที่เพียงพอต่อการรักษาโรคนั้น และเกิดความคุ้มค่าสูงสุด ทั้งต่อตัวผู้ป่วยและต่อสังคม

การส่งเสริมใช้ยาอย่างสมเหตุผลในชุมชน (RDU community) หมายถึง ระบบของพื้นที่ (ระดับอำเภอหรือเขต กรณีกรุงเทพมหานคร) ที่มีการออกแบบระบบบริการสุขภาพที่เชื่อมโยงทั้งหน่วยบริการสุขภาพทุกระดับทั้งรัฐและเอกชน เพื่อการใช้ยาอย่างสมเหตุผลและปลอดภัย และมีการเชื่อมโยงสู่การเฝ้าระวังคู่ครัวเรือนและชุมชน โดยมีการรวบรวม ประมวลผลข้อมูล และจัดการข้อมูล เพื่อวางระบบจัดการปัญหาในหน่วยบริการสุขภาพ รวมถึงมีการนำข้อมูลคืนกลับไปให้ประชาชน เพื่อให้ตระหนักถึงปัญหาและเกิดการแก้ปัญหาในชุมชนด้วยชุมชน โดยมีการจัดการความเสี่ยง ในรูปแบบต่างๆ ตามสภาพปัญหาที่เกิดขึ้น ได้แก่ การสร้างความเข้มแข็งของประชาชนด้านการใช้ยาอย่างมีส่วนร่วม การสร้างความรอบรู้ด้านการใช้ยา การพัฒนาคุณภาพมาตรฐานของหน่วยบริการสุขภาพในชุมชน โดยเฉพาะภาคเอกชนให้มีการใช้ยาอย่างสมเหตุผล รวมถึงการกำกับดูแลแหล่งกระจายยา โดยมีเป้าหมายให้ประชาชนปลอดภัยจากการใช้ยา มีความรอบรู้ในการใช้ยา และการดูแลสุขภาพตนเองเบื้องต้นเมื่อเจ็บป่วย

ชุมชนⁱⁱ หมายถึง กลุ่มคนที่มีวิถีชีวิตเกี่ยวพันกัน และมีการติดต่อสื่อสารระหว่างกันอย่างเป็นปกติและต่อเนื่อง โดยเหตุที่อยู่ในอาณาบริเวณเดียวกัน หรือมีอาชีพเดียวกัน หรือประกอบกิจกรรมที่มีวัตถุประสงค์ร่วมกัน หรือมีวัฒนธรรม ความเชื่อหรือความสนใจร่วมกัน

การใช้ยาอย่างสมเหตุผล หมายถึง การได้รับยาและใช้ยาที่เหมาะสมกับข้อบ่งชี้ทางคลินิก ในปริมาณที่สอดคล้องกับความจำเป็นด้านสุขภาพของแต่ละบุคคล ในระยะเวลาที่เพียงพอต่อการรักษาโรคนั้น และเกิดความคุ้มค่าสูงสุด ทั้งต่อบุคคลและสังคม รวมทั้งลดความเสี่ยงจากยาและผลิตภัณฑ์สุขภาพกลุ่มเสี่ยง

ยา ในที่นี้หมายถึง ยาและผลิตภัณฑ์สุขภาพที่มีส่วนผสมของยาหรือมุ่งหมายใช้เป็นยา

การส่งเสริมใช้ยาอย่างสมเหตุผลในชุมชน (RDU community) หมายถึง การออกแบบบริหารจัดการระบบสุขภาพ เพื่อการใช้ยาอย่างสมเหตุผล ซึ่งเชื่อมโยงทั้งหน่วยบริการสุขภาพทุกระดับสู่ชุมชน ครอบครัวและบุคคล ตลอดจนมีการจัดการความเสี่ยงที่เกิดขึ้น ทั้งในระบบบริการสุขภาพและชุมชน โดยมีเป้าหมายให้

ประชาชนปลอดภัยจากการใช้ยา มีความรอบรู้ในการใช้ยา และการดูแลสุขภาพตนเองเบื้องต้นเมื่อเจ็บป่วย ทั้งนี้การส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุในชุมชน มีการดำเนินการ ๕ กิจกรรมหลัก ดังนี้

1. การเฝ้าระวังความปลอดภัยด้านยาในหน่วยบริการสุขภาพ (Proactive Hospital based surveillance)//
2. การสร้างกระบวนการมีส่วนร่วมจากทุกภาคส่วน เพื่อการใช้ยาอย่างสมเหตุผล (Community Participation)
3. การเฝ้าระวังความปลอดภัยด้านยาเชิงรุกในชุมชน (Active Community based Surveillance)
4. การส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผลในภาคเอกชน (Good Private Sector) เช่น ร้านชำ ร้านยา คลินิก
5. การสร้างความรอบรู้ด้านการใช้ยาอย่างสมเหตุผลของประชาชน (RDU Literacy)

ชุมชน¹ หมายถึง กลุ่มคนที่มีวิถีชีวิตเกี่ยวพันกัน และมีการติดต่อสื่อสารระหว่างกันอย่างเป็นปกติและต่อเนื่อง โดยเหตุที่อยู่ในอาณาบริเวณเดียวกัน หรือมีอาชีพเดียวกัน หรือประกอบกิจกรรมที่มีวัตถุประสงค์ร่วมกัน หรือมีวัฒนธรรม ความเชื่อหรือความสนใจร่วมกัน

- Template กระบวนการสาธารณสุข (AMR)

หมวด	ยุทธศาสตร์ด้านบริการเป็นเลิศ (Service Excellence)
แผนที่	6. การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ
โครงการที่	12. โครงการป้องกันและควบคุมการดื้อยาต้านจุลชีพและการใช้ยาอย่างสมเหตุสมผล
ระดับการแสดงผล	จังหวัด/เขต/ประเทศ
ชื่อตัวชี้วัด	27. ร้อยละของโรงพยาบาลมีระบบจัดการการดื้อยาต้านจุลชีพอย่างบูรณาการ (AMR)
ตัวชี้วัดย่อย	ร้อยละการติดเชื้อดื้อยาในกระแสเลือดลดลง
คำนิยาม	<p><u>การป้องกันและควบคุมการดื้อยาต้านจุลชีพ (AMR)</u></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. โรงพยาบาลที่มีการจัดการการดื้อยาต้านจุลชีพอย่างบูรณาการ เป็นการประเมินระบบของโรงพยาบาล โดยการใช้แบบประเมินตนเอง (self assessment) และรายงานผลการดำเนินงานของทั้ง 5 กิจกรรมสำคัญ ผ่านระบบรายงานกองบริหารการสาธารณสุข ปีละ 2 ครั้ง ผ่านทาง http://203.157.3.54/hsssd1/ <ol style="list-style-type: none"> 1. กลไกการจัดการ AMR อย่างบูรณาการ 2. การเฝ้าระวังทางห้องปฏิบัติการ 3. การควบคุมกำกับดูแลการใช้ยาในโรงพยาบาล 4. การเฝ้าระวัง ป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาล 5. การวิเคราะห์สถานการณ์ปัญหา และระบบจัดการ AMR ของโรงพยาบาล และนำไปสู่มาตรการของโรงพยาบาลในการแก้ปัญหา AMR อย่างบูรณาการ 2. อัตราการติดเชื้อดื้อยาในกระแสเลือด หมายถึงอัตราส่วนผู้ป่วยพบเชื้อแบคทีเรียดื้อยาในกระแสเลือดต่อผู้ป่วยที่พบเชื้อแบคทีเรีย 8 ชนิดในกระแสเลือด รายละเอียดการดื้อยา ดังนี้ <ol style="list-style-type: none"> 1. <i>Acinetobacter baumannii</i> ดื้อต่อยา Carbapenem หรือ Colistin 2. <i>Pseudomonas aeruginosa</i> ดื้อต่อยา Antipseudomonal penicillin (Piperacillin + Tazobactam) หรือ Carbapenem หรือ Colistin

3. *Klebsiella pneumoniae* ที่ดื้อต่อยา Extended-Spectrum Cephalosporin (Ceftriaxone or Cefotaxime) หรือ Carbapenem (CRE) หรือ Colistin
4. *Staphylococcus aureus* ที่ดื้อต่อยา Methicillin (MRSA) หรือ Vancomycin (VISA and VRSA)
5. *Escherichia coli* ที่ดื้อต่อยา Colistin หรือ Carbapenem(CRE) หรือFluoroquinolone (Ciprofloxacin) หรือ Extended-Spectrum Cephalosporin (Ceftriaxone or Cefotaxime)
6. *Salmonella spp.* ดื้อต่อยา Colistin หรือ Fluoroquinolone (Ciprofloxacin) หรือExtended-Spectrum Cephalosporin (Ceftriaxone or Cefotaxime)
7. *Enterococcus faecium* ดื้อต่อยา Vancomycin (VRE)
8. *Streptococcus pneumoniae* ดื้อต่อยา Penicillin (Ampicillin) หรือ Macrolide (Erythromycin) หรือ Extended-Spectrum Cephalosporin (Ceftriaxone or Cefotaxime)

วิธีการคำนวณ

$$\frac{\text{ผู้ป่วยพบแบคทีเรีย 8 ชนิด ที่ดื้อยา ในกระแสเลือด}}{\text{ผู้ป่วยที่พบแบคทีเรีย 8 ชนิดในกระแสเลือด}} \times 100$$

เกณฑ์เป้าหมาย :

ปีงบประมาณ 61	ปีงบประมาณ 62	ปีงบประมาณ 63	ปีงบประมาณ 64
ร้อยละ 70 ของ รพ.ระดับ A,S,M1 มีระบบการจัดการ AMR อย่างบูรณาการ (basic)	ร้อยละ 20 ของ รพ.ระดับ A,S,M1 ระบบการจัดการ AMR อย่างบูรณาการ (intermediate)	รพ.ระดับ A,S,M1 ทุกแห่ง มีระบบการจัดการ AMR อย่างบูรณาการ ระดับ Intermediate - ร้อยละ 95 ของ รพ. ระดับ A,S,M1 มีระบบการจัดการ AMR อย่างบูรณาการ ระดับ Intermediate	การติดเชื้อ AMR ลดลง 15% จากปี ปฏิทิน 61

			-การติดเชื้อดื้อยาในกระแสเลือด ลดลง 7.5 % จากปีปฏิทิน 61	
วัตถุประสงค์	เพื่อลดการเกิดเชื้อดื้อยาและลดการป่วยจากเชื้อดื้อยา			
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป และโรงพยาบาลชุมชนขนาด M1			
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	รายงานกองบริหารการสาธารณสุข			
แหล่งข้อมูล	ข้อมูลจากโรงพยาบาล ระดับ A,S,M1			
รายการข้อมูล 1 (AMR)	A = จำนวนโรงพยาบาลที่มีการจัดการ AMR ระดับ intermediate			
รายการข้อมูล 2 (AMR)	B = จำนวนโรงพยาบาลระดับ A, S, M1 จำนวน 121 แห่ง			
รายการข้อมูล 3 (AMR)	C = อัตราการติดเชื้อดื้อยาในกระแสเลือด รอบปีปฏิทิน 61			
รายการข้อมูล 4 (AMR)	D = อัตราการติดเชื้อดื้อยาในกระแสเลือด รอบปีปัจจุบัน			
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	<ol style="list-style-type: none"> 1. $(A/B) \times 100$ และ 2. $(D-C) \times 100 / C$ 			
ระยะเวลาประเมินผล	ทุก 6 เดือน (ประมวลผลโดยตัดข้อมูลผู้ป่วยซ้ำตามปีปฏิทิน) ใช้ข้อมูลอัตราการติดเชื้อตรวจราชการ รอบที่ 1 ใช้ข้อมูล ม.ค.-ธ.ค. 62 เทียบกับปีปฏิทิน 61 (ม.ค.-ธ.ค. 61) ตรวจราชการ รอบที่ 2 ใช้ข้อมูล ม.ค.-มิ.ย. 63 เทียบกับปีปฏิทิน 61 (ม.ค.-ธ.ค. 61)			

2.2.4 การเข้าถึงบริการกัญชาทางการแพทย์
- House Model เขตสุขภาพที่ 4



การเข้าถึงบริการกัญชาทางการแพทย์



ตัวชี้วัด : จำนวนคลินิกการให้บริการกัญชาทางการแพทย์อย่างน้อยจังหวัดละ 1 แห่ง

Target/KPI	เป้าหมาย เพื่อให้การบริการกัญชาทางการแพทย์ผสมผสานแพทย์แผนปัจจุบันและแพทย์แผนไทย			
สถานการณ์	หลายประเทศทั่วโลกได้มีการนำสารสกัดจากกัญชามาใช้เพื่อเป็นยารักษาโรค และรัฐบาลได้มีการประกาศนโยบายให้มีการใช้กัญชาอย่างเสรีในทางการแพทย์ ในการดำเนินการจำเป็นต้องมีกระบวนการในการจัดระบบบริการสุขภาพเพื่อให้ประโยชน์ทางการแพทย์ และผลข้างเคียงต่อผู้รับบริการน้อยที่สุด ทั้งนี้จำนวนผู้รับบริการที่มีข้อบ่งชี้ทั้งแพทย์ปัจจุบันและแผนไทย ประมาณ 8 ล้านกว่าคน (อ้างอิงนพ.ธีระวัฒน์ เหมะจุธา) ในขณะที่ สารสกัดกัญชาทางการแพทย์ ผลิตโดยองค์การเภสัชกรรมและรพ.เจ้าพระยาอภัยภูเบศรที่กระจายเข้าสู่บริการ สถานพยาบาล สังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข			
ยุทธศาสตร์/มาตรการ	<p>มาตรการที่ 1</p> <p>การสื่อสารความรู้เรื่องการมารับบริการกัญชาทางการแพทย์ที่ถูกต้องเหมาะสมแก่ประชาชน และบุคลากรสาธารณสุข เพื่อให้ผู้รับบริการที่มีข้อบ่งชี้เข้าถึงบริการ</p>	<p>มาตรการที่ 2</p> <p>การเตรียมความพร้อมของหน่วยบริการ แบบผสมผสาน แพทย์แผนปัจจุบันและแพทย์แผนไทย ในการให้บริการการใช้กัญชาทางการแพทย์อย่างปลอดภัย</p>	<p>มาตรการที่ 3</p> <p>การพัฒนากระบวนการจัดเก็บข้อมูลการให้บริการกัญชาทางการแพทย์ เพื่อประเมินความเหมาะสมในการใช้กัญชาทางการแพทย์และวางแผนให้เหมาะสมแก่ผู้ป่วย</p>	<p>มาตรการที่ 4</p> <p>การพัฒนาแบบติดตาม กำกับ เพื่อประเมินรูปแบบที่เหมาะสม นำไปสู่การขยายผลการให้บริการแก่ประชาชน</p>
กิจกรรมหลัก	<p>1. อบรมให้ความรู้แบบบูรณาการทั้งการให้บริการแบบผสมผสานแผนปัจจุบันและแผนไทย แก่บุคลากรที่เกี่ยวข้องสามารถให้บริการกัญชาทางการแพทย์ได้อย่างถูกต้องและเหมาะสม</p> <p>2. ชุดความรู้แบบอิเล็กทรอนิกส์ ออนไลน์ ที่ง่ายแก่ความเข้าใจ เข้าถึง อย่างถูกต้องของประชาชน</p>	<p>1. แต่งตั้งคณะกรรมการพัฒนาระบบบริการเพื่อการใช้กัญชาทางการแพทย์</p> <p>2. พัฒนาแนวทางในการให้บริการคลินิกกัญชาทางการแพทย์แบบผสมผสานแผนปัจจุบันและแผนไทย</p> <p>3. อัตรากำลัง สหวิชาชีพ</p> <p>4. สารสกัดกัญชาทางการแพทย์ที่เพียงพอ</p> <p>5. ชุดตรวจทางห้องปฏิบัติการ</p> <p>6. ระบบส่งต่อผู้ป่วยมาขอรับบริการและผลข้างเคียง</p>	<p>1. พัฒนาระบบการจัดเก็บข้อมูล C-MOPH และ SAS การใช้กัญชาทางการแพทย์ เพื่อให้ สามารถประเมินวิเคราะห์ และวางแผนการให้บริการที่เหมาะสม</p> <p>2. เพื่อวิเคราะห์ความพอเพียงของยา กัญชา เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับบริการที่ต่อเนื่อง</p>	<p>1. การดำเนินการจัดตั้งคลินิกผสมผสาน</p> <p>2. ติดตามผู้ได้รับบริการตามข้อบ่งชี้</p> <p>3. สารสกัดกัญชาทางการแพทย์</p> <p>4. ติดตามผลข้างเคียง และคุณภาพชีวิต ตามแนวทางที่กำหนดไว้</p> <p>5. KM</p> <p>6. Best Practice</p>
ระดับความสำเร็จ	<p>ไตรมาส 1</p> <p>- มีการจัดตั้งคลินิกการให้บริการกัญชาทางการแพทย์ผสมผสานแผนปัจจุบันและแพทย์แผนไทย รพศ./ รพท. จังหวัดละ 1 แห่ง</p>	<p>ไตรมาส 2</p> <p>- มีการจัดตั้งคลินิกการให้บริการกัญชาทางการแพทย์ผสมผสานแผนปัจจุบันและแพทย์แผนไทย รพศ./ รพท. จังหวัดละ 1 แห่ง</p>	<p>ไตรมาส 3</p> <p>- มีการจัดตั้งคลินิกการให้บริการกัญชาทางการแพทย์ผสมผสานแผนปัจจุบันและแพทย์แผนไทย รพศ. / รพท. จังหวัดละ 1 แห่ง</p>	<p>ไตรมาส 4</p> <p>- มีการจัดตั้งคลินิกการให้บริการกัญชาทางการแพทย์ผสมผสานแพทย์แผนปัจจุบันและแพทย์แผนไทย รพช. ร้อยละ 20 ในแต่ละจังหวัด</p>

- House Model กระทรวงสาธารณสุข

หน่วยงานหลัก: กองบริหารการสาธารณสุข

ประเด็น : การเข้าถึงบริการกัญชาทางการแพทย์

Target/KPI	จำนวนคลินิกการให้บริการกัญชาทางการแพทย์นำร่องอย่างน้อยเขตสุขภาพละ 1 แห่ง			
Situation/ Baseline	หลายประเทศทั่วโลกได้มีการนำสารสกัดจากกัญชามาใช้เพื่อเป็นยารักษาโรค และรัฐบาลได้มีการประกาศนโยบายให้มีการใช้กัญชาอย่างเสรีในทางการแพทย์ ในการดำเนินการจำเป็นต้องมีกระบวนการในการจัดระบบบริการสุขภาพเพื่อให้ประโยชน์ทางการแพทย์ และผลข้างเคียงต่อผู้รับบริการน้อยที่สุด ทั้งนี้จำนวนผู้รับบริการที่มีข้อบ่งชี้ทั้งแพทย์ปัจจุบันและแผนไทย ประมาณ 8 ล้านกว่าคน (อ้างอิงนพ.ธีระวัฒน์ เหมะจุธา) ในขณะที่ สารสกัดกัญชาทางการแพทย์ ผลิตโดยองค์การเภสัชกรรมและรพ.เจ้าพระยาอภัยภูเบศรที่กระจายนำสู่การบริการ สถานพยาบาล สังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข			
Strategy	<p>มาตรการที่ 1</p> <p>การสื่อสารความรู้เรื่องการบริหารบริการกัญชาทางการแพทย์ที่ถูกต้องเหมาะสมแก่ประชาชนและบุคลากรสาธารณสุข เพื่อให้ผู้รับบริการที่มีข้อบ่งชี้เข้าถึงบริการ</p>	<p>มาตรการที่ 2</p> <p>การเตรียมความพร้อมของหน่วยบริการ แบบผสมผสาน แพทย์แผนปัจจุบันและแพทย์แผนไทย ในการให้บริการการใช้กัญชาทางการแพทย์อย่างปลอดภัย</p>	<p>มาตรการที่ 3</p> <p>การพัฒนากระบวนการจัดเก็บข้อมูลการให้บริการกัญชาทางการแพทย์ เพื่อประเมินความเหมาะสมในการใช้กัญชาทางการแพทย์และวางแผนให้เหมาะสมแก่ผู้ป่วย</p>	<p>มาตรการที่ 4</p> <p>การพัฒนาแบบติดตาม กำกับ เพื่อประเมินรูปแบบที่เหมาะสมนำไปสู่การขยายผลการให้บริการแก่ประชาชน</p>
Key Activity	<p>1. อบรมให้ความรู้แบบบูรณาการทั้งการให้บริการแบบผสมผสานแผนปัจจุบันและแผนไทย แก่บุคลากรที่เกี่ยวข้องสามารถให้บริการกัญชาทางการแพทย์ได้อย่างถูกต้องและเหมาะสม</p> <p>2. ชุดความรู้แบบอิเล็กทรอนิกส์ ออนไลน์ ที่ง่ายแก่ความเข้าใจเข้าถึง อย่างถูกต้องของประชาชน</p>	<p>1. แต่งตั้งคณะกรรมการพัฒนาระบบบริการเพื่อการใช้กัญชาทางการแพทย์</p> <p>2. พัฒนาแนวทางในการให้บริการคลินิกกัญชาทางการแพทย์แบบผสมผสานแผนปัจจุบันและแผนไทย</p> <p>3. อัตรากำลัง สหวิชาชีพ</p> <p>4. สารสกัดกัญชาทางการแพทย์ที่เพียงพอ</p> <p>5. ชุดตรวจทางห้องปฏิบัติการ</p> <p>6. ระบบส่งต่อผู้ป่วยมาขอรับบริการและผลข้างเคียง</p>	<p>1. พัฒนาระบบการจัดเก็บข้อมูล C-MOPH และ SAS การใช้กัญชาทางการแพทย์ เพื่อให้ สามารถประเมินวิเคราะห์ และวางแผนการให้บริการที่เหมาะสม</p> <p>2. เพื่อวิเคราะห์ความพอเพียงของยา กัญชา เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับบริการที่ต่อเนื่อง</p>	<p>1.การดำเนินการจัดตั้งคลินิกผสมผสาน</p> <p>2.ติดตามผู้ได้รับบริการตามข้อบ่งชี้</p> <p>3.สารสกัดกัญชาทางการแพทย์</p> <p>4.ติดตามผลข้างเคียง และคุณภาพชีวิต ตามแนวทางที่กำหนดไว้</p> <p>5.KM</p> <p>6.Best Practice</p>
Small Success (KPI)	<p>ไตรมาส 1</p> <p>- คลินิกการให้บริการกัญชาทางการแพทย์นำร่องอย่างน้อยเขตสุขภาพละ 1 แห่ง</p>	<p>ไตรมาส 2</p> <p>- คลินิกการให้บริการกัญชาทางการแพทย์นำร่องอย่างน้อยเขตสุขภาพละ 1 แห่ง</p>	<p>ไตรมาส 3</p> <p>- คลินิกการให้บริการกัญชาทางการแพทย์นำร่องอย่างน้อยเขตสุขภาพละ 1 แห่ง</p>	<p>ไตรมาส 4</p> <p>- คลินิกการให้บริการกัญชาทางการแพทย์นำร่องอย่างน้อยเขตสุขภาพละ 1 แห่ง</p>

- Template กระทรวงสาธารณสุข

หมวด	ยุทธศาสตร์ด้านบริการเป็นเลิศ (Service Excellence)				
แผนที่	6. การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan)				
โครงการที่	27. โครงการกัญชาทางการแพทย์				
ระดับการแสดงผล	จังหวัด/เขต/ประเทศ				
ชื่อตัวชี้วัด	45. จำนวนคลินิกการให้บริการกัญชาทางการแพทย์นำร่องอย่างน้อยเขตสุขภาพละ 1 แห่ง				
คำนิยาม	คลินิกการให้บริการกัญชาทางการแพทย์ หมายถึง การจัดการบริการให้ผู้รับบริการที่มีข้อบ่งชี้ ทั้งแพทย์แผนปัจจุบัน แพทย์แผนไทย				
เกณฑ์เป้าหมาย :					
	ปีงบประมาณ 63	ปีงบประมาณ 64	ปีงบประมาณ 65	ปีงบประมาณ 66	ปีงบประมาณ 67
	12 เขต (อย่างน้อย เขตสุขภาพละ 1 แห่ง)	12 เขต (อย่างน้อย เขตสุขภาพละ 2 แห่ง)	12 เขต (จังหวัดละ 1 แห่ง)	12 เขต (รพศ/รพท ทุกแห่ง)	12 เขต (รพศ/รพท และ M 2 ทุกแห่ง)
วัตถุประสงค์	เพื่อให้ประชาชนเข้าถึงบริการกัญชาทางการแพทย์ ผสมผสานแพทย์แผนปัจจุบันหรือแพทย์แผนไทย เป็นไปตามเป้าหมาย				
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	จำนวนเขตสุขภาพที่มีโรงพยาบาลศูนย์/โรงพยาบาลทั่วไป ได้ดำเนินการจัดตั้งคลินิกการให้บริการกัญชาทางการแพทย์ ผสมผสานแพทย์แผนปัจจุบันและแพทย์แผนไทย				
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	โปรแกรม C-MOPH				
แหล่งข้อมูล	โปรแกรม C-MOPH				
รายการข้อมูล 1	A =จำนวนคลินิกการให้บริการกัญชาทางการแพทย์นำร่องในเขตสุขภาพ				
รายการข้อมูล 2	-				
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	A				
ระยะเวลาการประเมินผล	ไตรมาส 2 และ 4				

เกณฑ์การประเมิน : ปี 2563:																	
	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน													
	อย่างน้อย เขตสุขภาพละ 1 แห่ง	อย่างน้อย เขตสุขภาพละ 1 แห่ง	อย่างน้อย เขตสุขภาพละ 1 แห่ง	อย่างน้อย เขตสุขภาพละ 1 แห่ง													
วิธีการประเมินผล :	จากการลงข้อมูลการให้บริการในโปรแกรม C-MOPH																
เอกสารสนับสนุน :	รายงานผลการให้บริการในโปรแกรม C-MOPH																
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	<table border="1"> <thead> <tr> <th rowspan="2">Baseline data</th> <th rowspan="2">หน่วยวัด</th> <th colspan="3">ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.</th> </tr> <tr> <th>2560</th> <th>2561</th> <th>2562</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>12 แห่ง</td> <td>แห่ง</td> <td>-</td> <td>-</td> <td>-</td> </tr> </tbody> </table>				Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.			2560	2561	2562	12 แห่ง	แห่ง	-	-	-
Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.															
		2560	2561	2562													
12 แห่ง	แห่ง	-	-	-													
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	<p>นางเกวลิณ ชื่นเจริญสุข รองผู้อำนวยการกองบริหารการสาธารณสุข โทรศัพท์มือถือ : 089 8296254 โทรสาร : 02-5901638 E-mail : kawalinc@gmail.com สถานที่ทำงาน กองบริหารการสาธารณสุข</p>																
หน่วยงานประมวลผลและจัดทำข้อมูล (ระดับส่วนกลาง)	<p>นางยุภา คงกลิ่นสุคนธ์ นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ กลุ่มงานพัฒนาระบบบริการ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5901648 โทรศัพท์มือถือ : 086 8297754 โทรสาร : 02-5901638 E-mail : yupha22@gmail.com สถานที่ทำงาน กองบริหารการสาธารณสุข</p>																
ผู้รับผิดชอบการรายงานผลการดำเนินงาน	<p>ผู้อำนวยการกองบริหารการสาธารณสุข รองผู้อำนวยการกองบริหารการสาธารณสุข (นางเกวลิณ ชื่นเจริญสุข) โทรศัพท์มือถือ : 089 8296254</p>																

โทรศัพท์ : 02-5901638

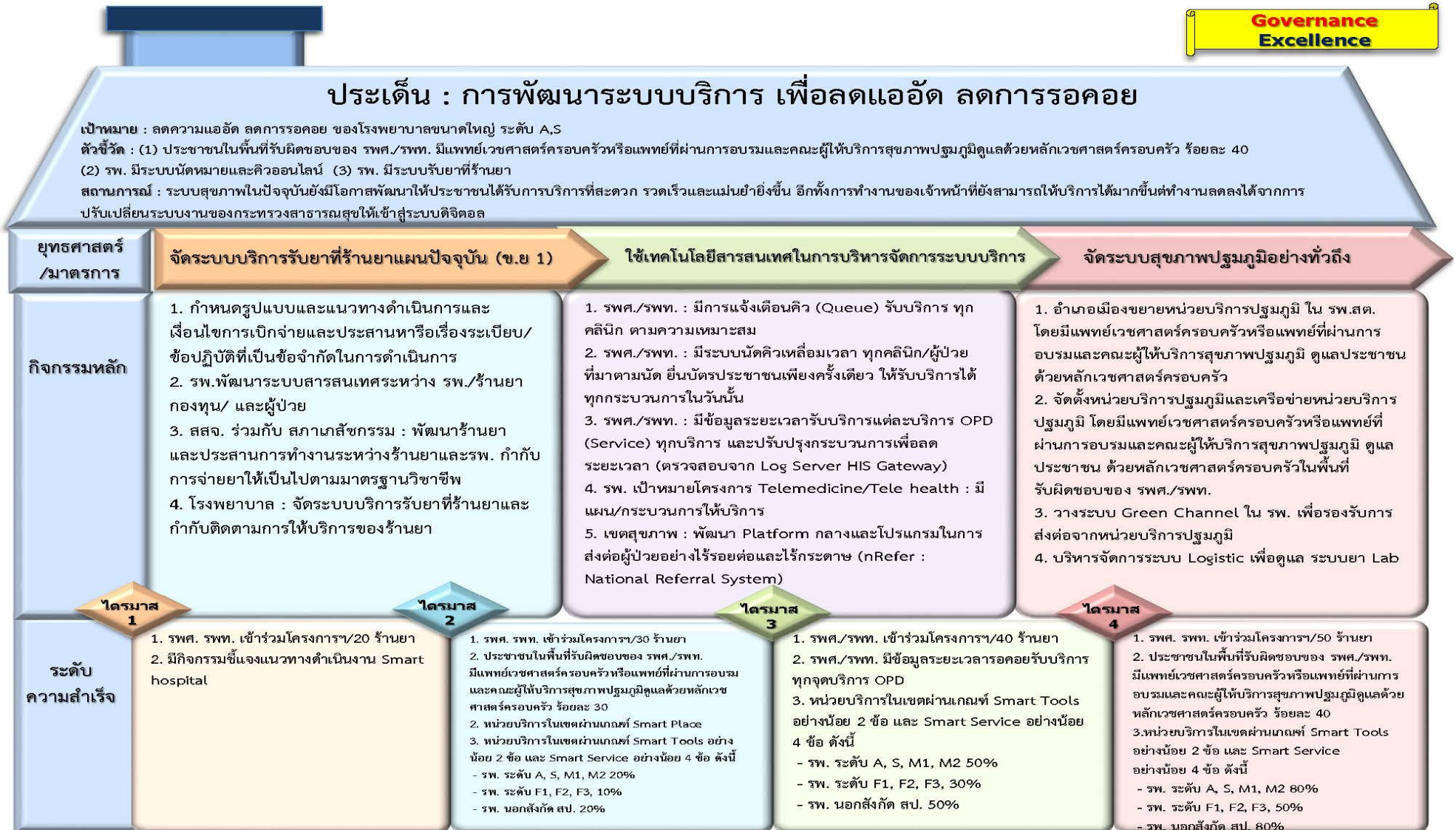
E-mail : kawalinc@gmail.com

สถานที่ทำงาน กองบริหารการสาธารณสุข

2.3 บริหารเป็นเลิศด้วยธรรมาภิบาล (Governance Excellence)

2.3.1 การพัฒนาระบบข้อมูลสารสนเทศด้านสุขภาพ Smart hospital

- House Model เขตสุขภาพที่ 4



- House Model กระทรวงสาธารณสุข

หน่วยงานหลัก: กองบริหารการสาธารณสุข ศูนย์เทคโนโลยีและการสื่อสาร
สำนักสนับสนุนระบบสุขภาพปฐมภูมิ และกรมการแพทย์

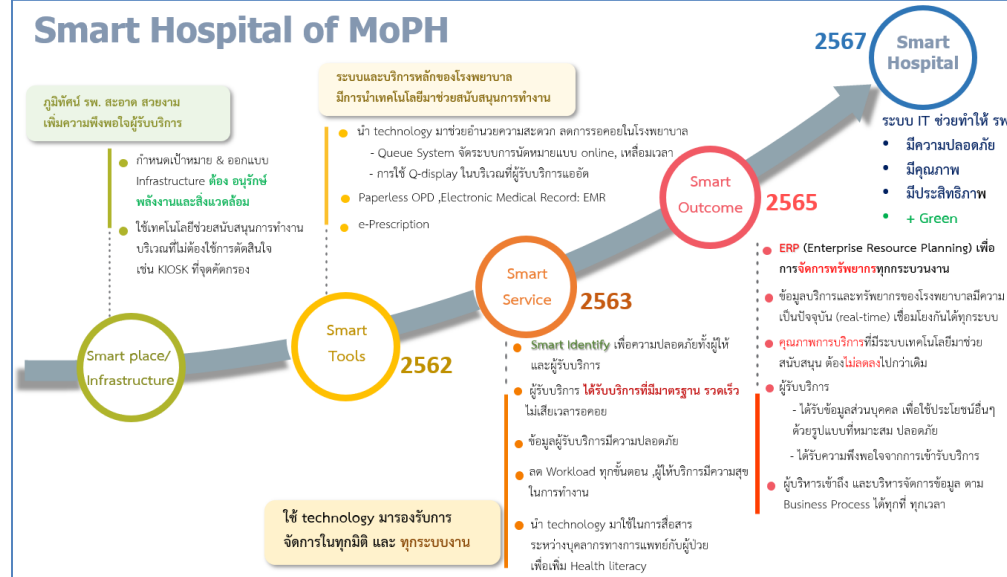
ประเด็น : การพัฒนาระบบบริการ เพื่อลดแออัด ลดการรอคอย

Objective KPI	ลดความแออัด ลดการรอคอย ของโรงพยาบาลขนาดใหญ่ (ระดับ A,S) (1) ประชาชนในพื้นที่รับผิดชอบของ รพศ./รพท. มีแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวหรือแพทย์ที่ผ่านการอบรมและคณะผู้ให้บริการสุขภาพปฐมภูมิดูแลด้วยหลักเวชศาสตร์ครอบครัว ร้อยละ 40 (2) รพ.มีระบบนัดหมายและคิวออนไลน์ (3) รพ.มีระบบรับยาที่ร้านยา			
Situation/ Baseline	จำนวนผู้รับบริการ (OPD visit/ ปี) : รพศ. 756,000 ครั้ง รพท. 359,000 ครั้ง รพช.ขนาดใหญ่ 209,000 ครั้ง รพช.ขนาดเล็ก 101,000 ครั้ง			
Strategy มาตรการ	จัดระบบบริการรับยาที่ร้านยาแผนปัจจุบัน (ข.ย.1)	ใช้เทคโนโลยีสารสนเทศในการบริหารจัดการระบบบริการ	จัดระบบสุขภาพปฐมภูมิอย่างทั่วถึง	
Key Activity กิจกรรม หลัก	<p>กบรล.ร่วมกับ สปสช. : กำหนดรูปแบบ และแนวทางดำเนินการ และเงื่อนไขการเบิกจ่าย และประสานหาหรือเรื่องระเบียบ/ข้อปฏิบัติที่เป็นข้อจำกัดในการดำเนินการ</p> <p>ศูนย์เทคโนโลยีและการสื่อสาร สป. ร่วมกับ สปสช. และ รพ. : พัฒนาระบบสารสนเทศระหว่าง รพ. ร้านยา กองทุน และผู้ป่วย</p> <p>สสจ. ร่วมกับ สภาเภสัชกรรม : พัฒนาร้านยา และประสานการทำงานระหว่างร้านยาและรพ. กำกับการจ่ายยาให้เป็นไปตามมาตรฐานวิชาชีพ</p> <p>โรงพยาบาล : จัดระบบบริการรับยาที่ร้านยาและกำกับติดตามการให้บริการของร้านยา</p>	<p>1. กบรล.+รพศ./รพท. : มีการแจ้งเตือนคิว (Queue) รับบริการ ทุกคลินิก ตามความเหมาะสม</p> <p>2. กบรล.+รพศ./รพท. : มีระบบนัดคิวหรือเวลา ทุกคลินิก/ผู้ป่วยที่มาตามนัด ยืนยันบัตรประชาชนเพียงครั้งเดียว ให้รับบริการได้ทุกกระบวนการในวันนั้น</p> <p>3. กบรล.+ศพส.+รพศ./รพท. : มีข้อมูลระยะเวลาให้บริการแต่ละบริการ OPD (Service) ทุกบริการ และปรับปรุงกระบวนการเพื่อลดระยะเวลา (ตรวจสอบจาก Log Server HIS Gateway)</p> <p>4. กบรล.+รพ. เป้าหมายโครงการ Telemedicine/Telehealth : มีแผน/กระบวนการให้บริการ</p> <p>5. ศพส.+เขตสุขภาพ : พัฒนา Platform กลางและโปรแกรมในการส่งต่อผู้ป่วยอย่างไร้รอยต่อและไร้กระดาษ (nRefer : National Referral System)</p>	<p>1. อำเภอเมืองขยายหน่วยบริการปฐมภูมิ ใน รพ.สต. โดยมีแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวหรือแพทย์ที่ผ่านการอบรม และคณะผู้ให้บริการสุขภาพปฐมภูมิ ดูแลประชาชนด้วยหลักเวชศาสตร์ครอบครัว</p> <p>2. จัดตั้งหน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ โดยมีแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวหรือแพทย์ที่ผ่านการอบรมและคณะผู้ให้บริการสุขภาพปฐมภูมิ ดูแลประชาชน ด้วยหลักเวชศาสตร์ครอบครัวในพื้นที่รับผิดชอบของ รพศ./รพท.</p> <p>3. วางระบบ Green Channel ในรพ. เพื่อรองรับการส่งต่อจากหน่วยบริการปฐมภูมิ</p> <p>4. บริหารจัดการระบบ Logistic เพื่อดูแล ระบบยา Lab</p>	
หน่วยงาน	กองบริหารการสาธารณสุข	ศูนย์เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร สป.	สำนักสนับสนุนระบบสุขภาพปฐมภูมิ	
Small Success	<p>Small success ไตรมาส 1</p> <p>1. เข้าร่วมโครงการฯ 20 รพ./ 200 ร้านยา</p> <p>2. กระทรวงมี application รองรับระบบนัดหมายและคิวออนไลน์</p>	<p>Small success ไตรมาส 2</p> <p>1. เข้าร่วมโครงการฯ 30 รพ./300 ร้านยา</p> <p>2. ประชาชนในพื้นที่รับผิดชอบของ รพศ./รพท. มีแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวหรือแพทย์ที่ผ่านการอบรมและคณะผู้ให้บริการสุขภาพปฐมภูมิดูแลด้วยหลักเวชศาสตร์ครอบครัว ร้อยละ 30</p> <p>3. - รพศ. รพท. มีข้อมูลระยะเวลาการคอยรับบริการ ทุกจุดบริการ OPD</p>	<p>Small success ไตรมาส 3</p> <p>1. เข้าร่วมโครงการฯ 40 รพ./400 ร้านยา</p> <p>2. รพศ. รพท. มีระบบนัดหมายแบบแจ้งเตือนเวลา</p> <p>3. รพศ. รพท. มีช่องทางแจ้งเตือนคิวรับบริการในรูปแบบออนไลน์</p>	<p>Small success ไตรมาส 4</p> <p>1. เข้าร่วมโครงการฯ 50 รพ./ 500 ร้านยา</p> <p>2. ประชาชนในพื้นที่รับผิดชอบของ รพศ./รพท. มีแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวหรือแพทย์ที่ผ่านการอบรมและคณะผู้ให้บริการสุขภาพปฐมภูมิดูแลด้วยหลักเวชศาสตร์ครอบครัว ร้อยละ 40</p> <p>3. รพศ. รพท. มีข้อมูลระยะเวลาการคอยรับบริการ จุดคัดกรอง และ จุดพบแพทย์ ลดลง</p>

- Template กระทรวงสาธารณสุข

หมวด	ยุทธศาสตร์บริหารเป็นเลิศด้วยธรรมาภิบาล (Governance Excellence)
แผนที่	12. การพัฒนาระบบข้อมูลสารสนเทศด้านสุขภาพ
โครงการที่	37. โครงการ Smart Hospital
ระดับการแสดงผล	ประเทศ/เขต/จังหวัด
ชื่อตัวชี้วัด	60. ร้อยละของหน่วยบริการที่เป็น Smart Hospital
คำนิยาม	Smart Hospital หมายถึง โรงพยาบาลภาครัฐ สังกัดกระทรวงสาธารณสุข ที่มีการประยุกต์ใช้เทคโนโลยีดิจิทัล เพื่อสนับสนุนการจัดบริการภายในโรงพยาบาล ลดขั้นตอนการปฏิบัติ และเพื่อความสะดวกรวดเร็วในการรับบริการที่มีคุณภาพดี มีความปลอดภัย และทันสมัยอย่างเป็นมิตรต่อสิ่งแวดล้อม

Smart Hospital of MoPH



1) Smart Place/Infrastructure

โรงพยาบาลมีการดำเนินงานด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม ผ่านเกณฑ์การดำเนินงาน GREEN&CLEAN Hospital ของกรมอนามัย และจัดตกแต่งสถานที่ให้สวยงาม ดูมีความทันสมัย (Digital Look) ช่วยเพิ่มความสะดวกรวดเร็วในการรับบริการ

2) Smart Tools

โรงพยาบาลมีการนำเทคโนโลยีดิจิทัลมาใช้เพิ่มประสิทธิภาพการให้บริการ และการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่ ให้มีความถูกต้องแม่นยำ สะดวกรวดเร็ว ลดความเสี่ยงความผิดพลาดต่างๆ ลดระยะเวลา เพิ่มความปลอดภัย และเพิ่มความพึงพอใจของผู้รับบริการ อาทิ เครื่องมือและอุปกรณ์ทางการแพทย์อัตโนมัติ ระบบบริหารจัดการคิว รูปแบบดิจิทัล รูปแบบออนไลน์

3) Smart Services

โรงพยาบาลมีการบริหารจัดการกระบวนการงานที่มีประสิทธิภาพ สอดคล้องกับการพัฒนาองค์กรตามแผนพัฒนาชาติดิจิทัลของประเทศไทย และ พระราชบัญญัติการบริหารงานและการให้บริการภาครัฐผ่านระบบดิจิทัล พ.ศ. 2562 เช่น การยกเลิกการเรียกรับสำเนาบัตรประชาชนและเอกสารอื่นที่ออกโดยราชการจากผู้รับบริการ การจัดเก็บข้อมูลเวชระเบียนผู้ป่วยด้วยรูปแบบอิเล็กทรอนิกส์ (EMR : Electronic Medical Records) การใช้ใบสั่งยาในรูปแบบอิเล็กทรอนิกส์ การลดระยะเวลารอคอยรับบริการ การมีบริการนัดหมายแบบเหลื่อมเวลา หรือมีการจัดกลุ่มผู้รับบริการ ได้รับบริการตรงเวลาหรือแตกต่างเล็กน้อยอย่างเหมาะสม เป็นต้น

4) Smart Outcome

โรงพยาบาลมีการบริหารจัดการระบบงานให้มีความเชื่อมโยงกันได้อย่างอัตโนมัติ โดยนำระบบ ERP (Enterprise Resource Planning) มาใช้ โดยเฉพาะระบบหลักของโรงพยาบาล (Core Business Process) เพื่อให้มีระบบสารสนเทศที่ตอบสนองต่อการบริหารจัดการได้อย่างรวดเร็ว ป้องกันความเสี่ยงด้านการเงินการบัญชี การจัดซื้อจัดจ้าง ป้องกันปัญหาการขาดแคลนและความไม่สมดุลด้านทรัพยากรบุคคล ทรัพยากรในระบบบริการ มีการบริหารจัดการ Unit Cost ให้อยู่ในเกณฑ์ที่เหมาะสม และเพื่อเพิ่มคุณภาพระบบบริการ จัดการระยะเวลารอคอยได้อย่างเหมาะสม

5) Smart Hospital

โรงพยาบาลมีประสิทธิภาพในการจัดการ มี Unit Cost ในเกณฑ์ที่เหมาะสมสามารถเปรียบเทียบ (Benchmarking) กับหน่วยงานอื่นได้ มีการจัดการและป้องกันความเสี่ยง (Proactive Risk Management) ที่ดีในทุกมิติ เพื่อให้การบริการมีคุณภาพดีในทุกมิติ และมีการอนุรักษ์สิ่งแวดล้อม และอนุรักษ์พลังงาน อย่างยั่งยืน

เกณฑ์การประเมินผล

On Digital Process

Smart Hospital	5.4 Safety : มี Proactive Risk Management ที่ดีในทุกมิติ 5.3 Quality : มีการให้บริการอย่างมีคุณภาพในทุกมิติ 5.2 Efficiency : มีประสิทธิภาพในการจัดการ, มี Unit Cost ในเกณฑ์ที่เหมาะสม ที่สามารถเปรียบเทียบกับหน่วยงานอื่นได้ 5.1 Green : มีการอนุรักษ์สิ่งแวดล้อม และอนุรักษ์พลังงาน อย่างยั่งยืน
Smart Outcome	4.4 Outcome : มีระยะเวลารอดยที่เหมาะสม, มีการบริหารจัดการ Unit Cost ให้อยู่ในเกณฑ์ที่เหมาะสม 4.3 Output: มีข้อมูล Unit Cost ในแต่ละแผนก 4.2 BPM : มีระบบ ERP ที่เชื่อมโยงทุก Core Business Process แบบอัตโนมัติ 4.1 BPM : มีการบริหารจัดการ Core Business Process
Smart Services	3.5 BPM : มีบริการนัดหมายแบบเหลือเวลา หรือมีการจัดกลุ่มผู้รับบริการ ได้รับบริการตรงเวลาหรือแตกต่างเล็กน้อยอย่างเหมาะสม 3.4 BPM : มีข้อมูลระยะเวลาคอยรับบริการ อย่างน้อย 1 จุด บริการ OPD 3.3 BPM : มีการใช้ใบสั่งยาในรูปแบบอิเล็กทรอนิกส์ (OPD ทุกห้องตรวจ) 3.2 BPM : มีการจัดเก็บข้อมูลระยะประชิดผู้ป่วยด้วยรูปแบบอิเล็กทรอนิกส์ (EMR : Electronic Medical Records) 3.1 BPM : ยกเลิกการเรียกรับสำเนาบัตรประชาชนและเอกสารอื่นที่ออกโดยราชการ จากผู้รับบริการ
Smart Tools	2.3 Devices: มีการเชื่อมต่อข้อมูลของเครื่องมือแพทย์(Vital Sign) อย่างน้อย 1 อุปกรณ์ เข้าสู่ HIS อัตโนมัติ 2.2 Queue: มีช่องทางออนไลน์ หรือ ช่องทางแจ้งเตือนคิวรับบริการ อย่างน้อย 1 จุด เช่น คิวพบแพทย์ 2.1 Queue: มีหน้าจอแสดงลำดับคิว ในจุดที่เหมาะสม เพื่อลดความแออัดบริเวณจุดบริการ และหน้าห้องตรวจ
Smart Place	1.1 ผ่านเกณฑ์มาตรฐาน โรงพยาบาล Green and Clean & Digital Look

*** BPM: Business Process Management : การบริหารจัดการกระบวนการที่มีประสิทธิภาพ ***

** BPM: Business Process Management : การบริหารจัดการกระบวนการที่มีประสิทธิภาพ

ในปีงบประมาณ พ.ศ. 2563 กำหนดเกณฑ์การประเมินหน่วยบริการที่เป็น Smart Hospital มีการดำเนินงาน ดังนี้

1) Smart Place

1.1 ผ่านเกณฑ์มาตรฐาน โรงพยาบาล Green and Clean & Digital Look

2) Smart Tools (อย่างน้อย 2 ข้อ ไม่เรียงลำดับ)

2.1 Queue: มีหน้าจอแสดงลำดับคิว ในจุดที่เหมาะสม เพื่อลดความแออัดบริเวณจุดบริการ และหน้าห้องตรวจ

2.2 Queue: มีช่องทางออนไลน์ หรือ ช่องทางแจ้งเตือนคิวรับบริการ อย่างน้อย 1 จุด เช่น คิวพบแพทย์

2.3 Devices: มีการเชื่อมต่อข้อมูลของเครื่องมือแพทย์ (Vital Sign) อย่างน้อย 1 อุปกรณ์ เข้าสู่ HIS อัตโนมัติ

3) **Smart Services** (อย่างน้อย 4 ข้อ ไม่เรียงลำดับ)

3.1 BPM : ยกเลิกการเรียกรับสำเนาบัตรประชาชนและเอกสารอื่นที่ออกโดยราชการ จากผู้รับบริการ

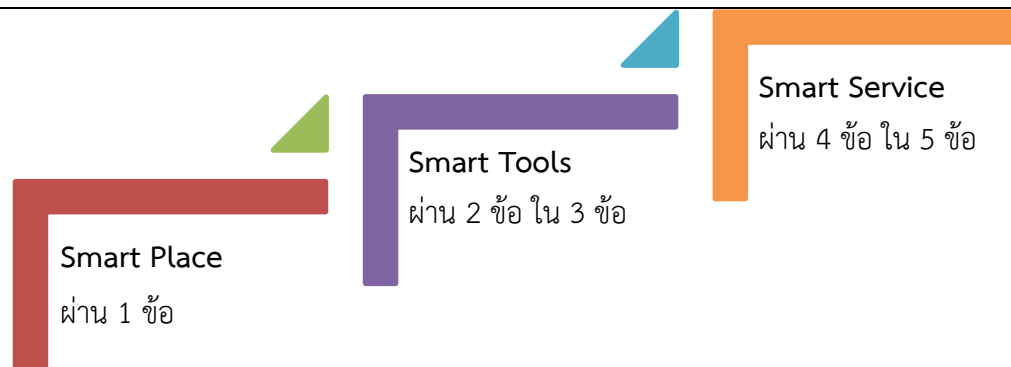
3.2 BPM : มีการจัดเก็บข้อมูลเวชระเบียนผู้ป่วยด้วยรูปแบบอิเล็กทรอนิกส์ (EMR : Electronic Medical Records)

3.3 BPM : มีการใช้ใบสั่งยาในรูปแบบอิเล็กทรอนิกส์ (OPD ทุกห้องตรวจ)

3.4 BPM : มีข้อมูลระยะเวลารอคอยรับบริการ อย่างน้อย 1 จุด บริการ OPD

3.5 BPM : มีบริการนัดหมายแบบเลื่อนเวลา หรือมีการจัดกลุ่มผู้รับบริการ ได้รับบริการตรงเวลาหรือแตกต่างเล็กน้อย
อย่างเหมาะสม

- รพ. ระดับ A, S, M1, M2 80%
- รพ. ระดับ F1, F2, F3 50%
- รพ. นอกสังกัด สป. 80%



เกณฑ์เป้าหมาย :

เป้าหมาย	ปีงบประมาณ			
	2563	2564	2565	2566
1) หน่วยบริการมีผลการดำเนินงาน Smart Tools และ Smart Services	ร้อยละ 80	ร้อยละ 100	-	-
2) หน่วยบริการมีผลการดำเนินงานในระดับ Smart Outcome	-	ร้อยละ 20	ร้อยละ 40	ร้อยละ 60

วัตถุประสงค์	<ul style="list-style-type: none"> • เพื่อให้ประชาชนได้ประโยชน์จากการรับบริการในโรงพยาบาลภาครัฐ สังกัดกระทรวงสาธารณสุข ผ่านช่องทาง online ที่สะดวก รวดเร็ว และลดระยะเวลาในการรอคอย • โรงพยาบาลภาครัฐสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ใช้เทคโนโลยีดิจิทัล ที่เหมาะสมในการพัฒนากระบวนการทำงานและการบริหารจัดการ • บุคลากรในระบบสุขภาพ มีความเข้าใจ และประยุกต์ใช้เทคโนโลยีดิจิทัลในระบบบริการสุขภาพได้อย่างเหมาะสม • เพื่อเตรียมความพร้อมและสนับสนุนให้โรงพยาบาลมีระบบเทคโนโลยีด้านดิจิทัลที่รองรับการพัฒนาเป็น Smart Hospital
ประชากร กลุ่มเป้าหมาย	<ul style="list-style-type: none"> • เป้าหมายที่ 1 หมายถึง รพ. ระดับ A, S, M1, M2 • เป้าหมายที่ 2 หมายถึง รพ. ระดับ F1, F2, F3 • เป้าหมายที่ 3 หมายถึง รพ. นอกสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข • หน่วยบริการ หมายถึง โรงพยาบาลศูนย์/ทั่วไป/ชุมชน หน่วยบริการสังกัดกรมการแพทย์ กรมสุขภาพจิต กรมควบคุมโรค
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	<ul style="list-style-type: none"> • หน่วยบริการในกลุ่มเป้าหมาย รายงานผลการดำเนินงานไปยังสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด • หน่วยบริการในกลุ่มเป้าหมาย สังกัดกรมการแพทย์ กรมสุขภาพจิต กรมควบคุมโรค รายงานผลการดำเนินงานไปยังศูนย์ไอทีกลางของกรม • กองบริหารการสาธารณสุข กำกับติดตามและให้ความช่วยเหลือด้านกระบวนการ
แหล่งข้อมูล	<p>สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด</p> <p>กรมการแพทย์ กรมสุขภาพจิต กรมควบคุมโรค</p>
รายการข้อมูล 1	<p>A1 = จำนวนหน่วยบริการกลุ่มเป้าหมายที่ 1 ที่เป็น Smart Hospital</p> <p>A2 = จำนวนหน่วยบริการกลุ่มเป้าหมายที่ 2 ที่เป็น Smart Hospital</p> <p>A3 = จำนวนหน่วยบริการกลุ่มเป้าหมายที่ 3 ที่เป็น Smart Hospital</p>

รายการข้อมูล 2	B1 = จำนวนหน่วยบริการกลุ่มเป้าหมายที่ 1 ทั้งหมด B2 = จำนวนหน่วยบริการกลุ่มเป้าหมายที่ 2 ทั้งหมด B3 = จำนวนหน่วยบริการกลุ่มเป้าหมายที่ 3 ทั้งหมด			
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(A1 / B1) \times 100$, $(A2 / B2) \times 100$, $(A3 / B3) \times 100$			
ระยะเวลาประเมินผล	ไตรมาส 2, 3 และ 4 (6, 9 และ 12 เดือน)			
เกณฑ์การประเมิน :				
	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
		สรุปยอด ณ 15 มี.ค.63	สรุปยอด ณ 15 มิ.ย.63	สรุปยอด ณ 31 ส.ค.63
มีกิจกรรมชี้แจงแนวทางการดำเนินงาน Smart Hospital		ร้อยละ 20 กลุ่มเป้าหมายที่ 1	ร้อยละ 50 กลุ่มเป้าหมายที่ 1	ร้อยละ 80 กลุ่มเป้าหมายที่ 1
		ร้อยละ 10 กลุ่มเป้าหมายที่ 2	ร้อยละ 30 กลุ่มเป้าหมายที่ 2	ร้อยละ 50 กลุ่มเป้าหมายที่ 2
		ร้อยละ 20 กลุ่มเป้าหมายที่ 3	ร้อยละ 50 กลุ่มเป้าหมายที่ 3	ร้อยละ 80 กลุ่มเป้าหมายที่ 3
วิธีการประเมินผล :	1. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ตรวจสอบผลการดำเนินงานและจัดส่งรายงานผล ไปยัง กองบริหารการสาธารณสุข			

	2. ศูนย์เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร ตรวจสอบข้อมูลการใช้โปรแกรม Smart Health ID ในกระบวนการยกเลิกการเรียกรับ สำเนาบัตรประชาชนและเอกสารอื่นที่ออกโดยราชการ และจัดส่งรายงานผลไปยังกองบริหารการสาธารณสุข 3. กองบริหารการสาธารณสุข กำกับติดตาม				
เอกสารสนับสนุน :	1. คู่มือการติดตั้ง Smart Health ID (โปรแกรมเรียกใช้ข้อมูลประชาชนกลางจาก Population Information Linkage Center กรมการปกครอง) 2. คู่มือการติดตั้ง Q4U (โปรแกรมจัดการ Queue แจ้งเตือนลำดับเรียกผ่าน H4U app.) 3. คู่มือการติดตั้งเชื่อมข้อมูลของเครื่องมือแพทย์ (Vital Sign) เข้าสู่ HIS อัตโนมัติ 4. แนวทางการดำเนินงาน Smart Hospital				
รายละเอียดข้อมูล พื้นฐาน	Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.		
			2559	2561	2562
	ร้อยละของหน่วยบริการ ที่เป็น Smart Hospital				
	• รพศ./รพท.	ร้อยละ	-	-	90.76
	• รพช.	ร้อยละ	-	-	69.67
	• กรม	ร้อยละ	-	-	71.15

	กองบริหารการสาธารณสุข สป.สธ.	
หน่วยงานประมวลผล และจัดทำข้อมูล	1. กองบริหารการสาธารณสุข สป.สธ. 2. ศูนย์เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร สป.สธ.	
ผู้รับผิดชอบการรายงาน ผลการดำเนินงาน	นางอรสา เข้มปัญญา	นักวิเคราะห์นโยบายและแผนชำนาญพิเศษ
	โทรศัพท์ที่ทำงาน : 025901542-3	โทรศัพท์มือถือ : 0935792565
	E-mail : aoy2510@gmail.com	
	กองบริหารการสาธารณสุข สป.สธ.	

2.3.2 การเพิ่มประสิทธิภาพบริหารจัดการของเขตสุขภาพ
- House Model เขตสุขภาพที่ 4 (Pre-term)

เป้าหมาย:

ลดอัตราการคลอดก่อนกำหนด



Draft 2

สถานการณ์	ปี 2562 พบว่าอัตราการคลอดก่อนกำหนด ร้อยละ 13.05 (3,398 คน)				
เป้าหมาย	อัตราการคลอดก่อนกำหนด ลดลง (จากเดิม) ร้อยละ 10				
มาตรการสำคัญ	พัฒนาระบบบริการ	พัฒนาศักยภาพ	บริหารจัดการ	สร้าง HL ใน 1 ปชช./ชุมชน	พัฒนาระบบข้อมูล & กำกับติดตาม
	1. ค้นหา ศักยภาพและส่งต่อหญิงตั้งครรภ์เสี่ยง Preterm เข้ารับการรักษาดตามมาตรฐาน 2. Re-design โรงเรียนพ่อแม่เพื่อสร้าง HL –Preterm 3. เยี่ยมบ้านขณะตั้งครรภ์	1. ทบทวน/ฟื้นฟูทักษะการวัด CL 2. อบรมพัฒนาทักษะการเฝ้าระวังป้องกัน Preterm	1. ระบบบริหารจัดการยา (ED, NED) 2. เครื่องมือ	1. สร้างความเข้าใจ/ความตระหนักในการป้องกัน Preterm 2. กำหนดมาตรการ ลด Preterm ร่วมกับครอบครัว สังคม และชุมชน	1. ออกแบบระบบการบันทึกข้อมูลและส่งต่อผู้รับบริการให้เชื่อมโยงทุกระดับ 2. กำกับติดตามความก้าวหน้า 3. นิเทศ/เยี่ยมเสริมพลังสังคม และชุมชน 4. แลกเปลี่ยนเรียนรู้/ ถอดบทเรียน

Small Success

ต.ค.-ธ.ค.62	ม.ค.-มี.ค.63	เม.ย.-มิ.ย.63	ก.ค.-ก.ย.63
1. พื้นที่ 8 จังหวัด ได้รับทราบแนวทางการดำเนินงานป้องกัน Preterm และนำไปปฏิบัติให้เหมาะสมกับบริบท 2. ทบทวน/ฟื้นฟูทักษะบุคลากรตามแนวทางลด Preterm แต่ละจังหวัด - สูติแพทย์/ แพทย์ทั่วไป - พยาบาล ANC รพศ. รพท. รพช. และ รพ.สต. - อสม./ อสค. 3. มีทีม Coach (หน.ส่งเสริม +IT+ CPM จว./อ.) ทุกอำเภอ	1. Kick off 1 ม.ค.63 ทุกจังหวัด 2. ทุกจังหวัดมีระบบบริหารจัดการยา (ED, NED) 3. มีระบบส่งต่อหญิงตั้งครรภ์เสี่ยง Preterm เชื่อมโยงทุกระดับ 4. หญิงตั้งครรภ์เสี่ยง Preterm ที่มี Warning Signs ได้รับการนำส่ง รพ. ทุกราย 5. มีรายงานผลการดำเนินงานลด Preterm ในการตรวจราชการ 6. รายงานความก้าวหน้า คปสช. ทุกเดือน และ อปสช.ทุก 2 เดือน โดยเขตสุขภาพ	1. ประชุมติดตามความก้าวหน้า (6 เดือน) โดยเขตสุขภาพ 2. เยี่ยมเสริมพลังทุกจังหวัด โดยเขตฯ 3. มีมาตรการลด Preterm ร่วมกับครอบครัว สังคม และชุมชน 4. หญิงตั้งครรภ์เสี่ยง Preterm ที่ได้รับ Hormone Progesterone คลอดครบกำหนดร้อยละ 80	1. ประชุมติดตามความก้าวหน้า (9 เดือน) โดยเขตสุขภาพ 2. แลกเปลี่ยนเรียนรู้/ ถอดบทเรียน โดยเขตสุขภาพ 3. Preterm ลดลงจากเดิม ร้อยละ 10

Active
Go to S

- House Model กระทรวงสาธารณสุข

หน่วยงานหลัก: กตร

หน่วยงานร่วม: กบรส, กยผ.

ประเด็น : ประสิทธิภาพการบริหารจัดการเขตสุขภาพ

เป้าหมาย ตัวชี้วัด	เป้าหมาย: เขตสุขภาพมีการบริหารจัดการที่มีประสิทธิภาพ ตัวชี้วัด: ร้อยละของเขตสุขภาพมีการพัฒนาระบบบริหารจัดการที่มีประสิทธิภาพ (ร้อยละ 100)			
สถานการณ์/ ข้อมูลพื้นฐาน	เขตมีการพัฒนาระบบบริหารจัดการที่มีประสิทธิภาพอย่างน้อยเขตละ 1 เรื่อง (Initiative Management Mode)			
มาตรการ/ Value chain	จัดทำแผนพัฒนาการบริการสุขภาพ ควบคู่กับแผนการบริหารทรัพยากร	สนับสนุนการสร้างหรือพัฒนานวัตกรรม การบริหารจัดการเชิงพื้นที่อย่างเป็น รูปธรรม	พัฒนาระบบเทคโนโลยี สารสนเทศ และการแลกเปลี่ยน เรียนรู้	พัฒนากลไกการบูรณาการทุกระดับ
กิจกรรม หลัก	<ol style="list-style-type: none"> 1. จัดทำแผนแม่บทพัฒนาการบริการสุขภาพ 5 ปี (5 Years Master Plan of Service Plan) 2. กำหนดกรอบการบริหารจัดการเชิงบูรณาการ 3. จัดทำแผนการบริหารจัดการของเขตสุขภาพ 4. มีการพัฒนาระบบติดตามกำกับ 	กำหนดแนวทางสนับสนุนหรือพัฒนา นวัตกรรมการบริหารจัดการของเขตสุขภาพ อย่างน้อยเขตละ 1 เรื่อง (ทั้ง 3 ด้านหรืออย่าง ใดอย่างหนึ่ง 1. ด้านบุคลากร 2. ด้าน งบประมาณ 3. ด้านอาคาร สิ่งก่อสร้าง ครุภัณฑ์ ฯลฯ)	<ol style="list-style-type: none"> 1. พัฒนาระบบเทคโนโลยี สารสนเทศที่มี ประสิทธิภาพ 2. พัฒนากลไกการ แลกเปลี่ยนเรียนรู้ 	<ol style="list-style-type: none"> 1. จัดทำกลไกการบริหารจัดการของเขต สุขภาพ จังหวัด และหน่วยบริการ 2. บูรณาการและขยายความร่วมมือกับ ภาคส่วนอื่น 3. ประเมินผลการบริหารจัดการ
ผู้รับ ผิดชอบ	กตร, กบรส, กยผ.	กตร, กบรส, กยผ.	กตร, กบรส, กยผ.	กตร, กบรส, กยผ.
ระดับ ความสำเร็จ	<p>ไตรมาส 1 (3 เดือน)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. มีแผนแม่บทพัฒนาการบริการสุขภาพ 5 ปี (5 Years Master Plan of Service Plan) 2. มีกรอบการบริหารจัดการเชิงบูรณาการ 3. มีแผนการบริหารจัดการของเขตสุขภาพ 4. มีระบบติดตามกำกับ 	<p>ไตรมาส 2 (6 เดือน)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. มีแนวทางสนับสนุนหรือพัฒนานวัตกรรมการบริหารจัดการของเขตสุขภาพอย่างน้อยเขตละ 1 เรื่อง 	<p>ไตรมาส 3 (9 เดือน)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. มีระบบเทคโนโลยีสารสนเทศที่มีประสิทธิภาพ 2. มีกลไกการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ 	<p>ไตรมาส 4 (12 เดือน)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. มีกลไกการบริหารจัดการของเขตสุขภาพจังหวัด และหน่วยบริการ 2. มีการบูรณาการและขยายความร่วมมือกับภาคส่วนอื่น 3. มีการรายงานการประเมินผลการบริหารจัดการ

- Template กระทรวงสาธารณสุข

หมวด	ยุทธศาสตร์บริหารเป็นเลิศด้วยธรรมาภิบาล (Governance Excellence)
แผนที่	14. การพัฒนางานวิจัยและนวัตกรรมด้านสุขภาพ
โครงการที่	40. โครงการพัฒนางานวิจัย/นวัตกรรม ผลิตภัณฑ์สุขภาพ และเทคโนโลยีทางการแพทย์
ระดับการแสดงผล	เขตสุขภาพ
ชื่อตัวชี้วัด	66. ร้อยละของเขตสุขภาพมีการพัฒนาระบบบริหารจัดการที่มีประสิทธิภาพ
คำนิยาม	<p>เขตสุขภาพ (Regional Health) หมายถึง ระบบการบริหารงานส่วนกลางในภูมิภาค เพื่อให้การบริหารจัดการเกิดบริการสุขภาพแบบบูรณาการภายในเขต โดยมีเป้าหมายลดอัตราป่วย อัตราตายของประชาชน และให้ประชาชนสามารถเข้าถึงการบริการในทุกระดับอย่างเท่าเทียมและเป็นธรรม มีการกระจายอำนาจในการบริหารจัดการลงไปในระดับพื้นที่ โดยแบ่งเขตสุขภาพออกเป็น 13 เขต (รวมกรุงเทพฯ) แต่ละเขตสุขภาพครอบคลุม 4-8 จังหวัด ประชากรประมาณ 3-6 ล้านคน เพื่อให้มีขนาดที่เหมาะสม (Economy of scale) ด้านภูมิประเทศ การคมนาคมที่สะดวกของประชาชน เอื้อต่อการพัฒนาระบบส่งต่อ และเพิ่มอัตราความครอบคลุมบริการที่สะดวก รวดเร็ว มีคุณภาพ ประสิทธิภาพ และสามารถสร้างการมีส่วนร่วมจากทุกภาคส่วนโดยสนับสนุนโครงสร้างองค์กรและโครงสร้างการบริหารองค์กร มีการบริหารจัดการรูปแบบคณะกรรมการ พื้นฐาน 2 ชุด คือ</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. คณะกรรมการอำนวยการ มีหน้าที่ในการกำหนดนโยบายยุทธศาสตร์และทิศทางการดำเนินงานในเขตสุขภาพ ให้สอดคล้องกับนโยบายระดับชาติและกระทรวงสาธารณสุขและ 2. คณะกรรมการเขตสุขภาพ มีหน้าที่ในการนำนโยบายและยุทธศาสตร์สู่การปฏิบัติให้มีประสิทธิภาพ ส่งเสริม สนับสนุน พัฒนาระบบบริการสุขภาพของหน่วยบริการที่เกี่ยวข้องทุกระดับ <p>การดำเนินงานตามขอบเขต คือ</p>

	<ol style="list-style-type: none"> 1. เขตสุขภาพ หมายถึง เขตสุขภาพที่ 1-13 ที่มีการแบ่งเขตการจัดบริการ ตามกรอบการบริหารของกระทรวงสาธารณสุข ที่แบ่งการจัดเขตสุขภาพเพื่อการบริหารทรัพยากร และประชากร 2. การบริหารจัดการ หมายถึง เขตสุขภาพมีการกำหนดแนวทางเพื่อการพัฒนา ที่มีรูปแบบแตกต่างจากการปฏิบัติงานเดิม หรือปรับกระบวนการให้มีการบริหารจัดการ ที่มีประสิทธิภาพ เช่น การจัดโครงสร้างองค์กร โครงสร้างบริหารองค์กร การจัดตั้งคณะกรรมการ การจัดทำแผนยุทธศาสตร์เขตสุขภาพ การขับเคลื่อนงาน ระบบบริการ ระบบบริหาร ระบบข้อมูล เป็นต้น เพื่อให้กระบวนการขับเคลื่อนงานมีประสิทธิภาพเพิ่มขึ้น ซึ่ง สามารถดำเนินการครอบคลุมทั้งการพัฒนางานที่ปฏิบัติอยู่เดิม ให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น การพัฒนาต่อยอดหรือเป็นเรื่องที่สร้างให้เกิดขึ้นใหม่ 				
<p>เกณฑ์เป้าหมาย</p> <p>เขตสุขภาพ</p>	<table border="1" data-bbox="835 613 1339 784"> <tr> <td data-bbox="835 613 1058 727"> <p>ปีงบประมาณ</p> <p>62</p> </td> <td data-bbox="1058 613 1339 727"> <p>ปีงบประมาณ 63</p> </td> </tr> <tr> <td data-bbox="835 727 1058 784"> <p>-</p> </td> <td data-bbox="1058 727 1339 784"> <p>ระดับ 5 (ร้อยละ 100)</p> </td> </tr> </table>	<p>ปีงบประมาณ</p> <p>62</p>	<p>ปีงบประมาณ 63</p>	<p>-</p>	<p>ระดับ 5 (ร้อยละ 100)</p>
<p>ปีงบประมาณ</p> <p>62</p>	<p>ปีงบประมาณ 63</p>				
<p>-</p>	<p>ระดับ 5 (ร้อยละ 100)</p>				
<p>วัตถุประสงค์</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. เพื่อพัฒนาคุณภาพการปฏิบัติงานเชิงระบบของเขตสุขภาพ 2. เพื่อสนับสนุนการบริหารจัดการให้มีประสิทธิภาพ 				
<p>ประชากรกลุ่มเป้าหมาย</p>	<p>เขตสุขภาพ</p>				
<p>วิธีการจัดเก็บข้อมูล</p>	<p>เขตสุขภาพรายงานผลการดำเนินงาน ทุก 3 เดือน</p>				
<p>แหล่งข้อมูล</p>	<p>เขตสุขภาพ</p>				
<p>รายการข้อมูล 1</p>	<p>A = จำนวนเขตสุขภาพที่ดำเนินการผ่านเกณฑ์ที่กำหนด</p>				
<p>รายการข้อมูล 2</p>	<p>B = จำนวนเขตสุขภาพทั้งหมด</p>				
<p>สูตรคำนวณตัวชี้วัด</p>	<p>$(A/B) \times 100$</p>				
<p>ทุกไตรมาส</p>					
<p>เกณฑ์การให้คะแนน:</p>					

2.3.3 โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลติดดาว(รพ.สต.ติดดาว) - House Model เขตสุขภาพที่ 4



ประเด็น : การพัฒนา รพ.สต.ติดดาว เขตสุขภาพที่ 4 ปี 2563

เป้าหมาย/ ตัวชี้วัด	ร้อยละของ รพ.สต.ที่ผ่านเกณฑ์การพัฒนาคูณภาพ รพ.สต.ติดดาว ระดับ 5 ดาวสะสม ร้อยละ 75			
สถานการณ์ /ข้อมูล พื้นฐาน	ปี 2562 เขตสุขภาพที่ 4 มี รพ.สต.ผ่านเกณฑ์คุณภาพ รพ.สต.ติดดาว ระดับ 5 ดาวสะสม จำนวน 608 แห่ง คิดเป็นร้อยละ 76.38 1.ลพบุรี 93/132 (70.45) 2.ปทุมธานี 66/78 (84.62) 3.นนทบุรี 66/76 (86.84) 4.สิงห์บุรี 41/47 (87.23) 5.นครนายก 45/56 (80.36) 6.สระบุรี 83/126 (65.87) 7.อ่างทอง 55/76 (72.37) 8.พระนครศรีอยุธยา 159/205 (77.56)			
มาตรการ /Value chain	พัฒนาคณะทำงานทุกระดับให้มีสมรรถนะ ที่เหมาะสม	สื่อสาร ชี้แจง ประชาสัมพันธ์นโยบาย แนวทาง และแผนการพัฒนางานองค์กรคุณภาพ รพ.สต.ติดดาว	สนับสนุน ติดตามประเมินผลการดำเนินงาน	
กิจกรรมหลัก	1.ทบทวนคณะทำงานพัฒนา รพ.สต.ติดดาว ระดับเขต จังหวัด และอำเภอ 2.พัฒนาคณะทำงานพัฒนา รพ.สต.ติดดาว ระดับเขต (ครู ช) 3.ทีมที่เลี้ยงระดับอำเภอร่วมพัฒนา รพ.สต.ด้วยเกณฑ์ รพ.สต.ติดดาวให้ ได้คุณภาพ	1.ประชุมชี้แจงนโยบายการดำเนินงานในระดับเขต จังหวัด และอำเภอ 2.ทำความเข้าใจคู่มือแนวทางการพัฒนา รพ.สต.ติดดาว ปีงบประมาณ 2563 ที่ปรับปรุงแก้ไข 3.ปรับปรุงระบบข้อมูลทรัพยากรสุขภาพหน่วยบริการปฐมภูมิ	1.รพ.สต.ที่ยังไม่ผ่านเกณฑ์การประเมิน และ รพ.สต.ที่ผ่านเกณฑ์การ ประเมินในปี 2560 ประเมินตนเอง 2.คณะทำงานระดับอำเภอ ประเมิน 3. คณะทำงานระดับจังหวัด ประเมินรับรอง 4. คณะทำงานระดับเขต ประเมินเพื่อหาต้นแบบ	
ผู้รับ ผิดชอบ	ระดับเขต จังหวัด และอำเภอ	ระดับเขต จังหวัด และอำเภอ	ระดับเขต จังหวัด และอำเภอ	
ระดับความ สำเร็จ	ไตรมาส 1 (3 เดือน) 1.ทบทวนและแต่งตั้งคณะทำงานพัฒนา รพ.สต. ติดดาวระดับเขต จังหวัด และอำเภอ 2.ประชุมชี้แจงนโยบายคณะทำงานพัฒนา รพ.สต.ติดดาว ระดับเขต	ไตรมาส 2 (6 เดือน) 1.อบรมพัฒนาครู ช ระดับเขต 2.รพ.สต.ประเมินตนเองตามเกณฑ์ พัฒนาส่วนขาดและบันทึกในระบบข้อมูล ทรัพยากรสุขภาพหน่วยบริการปฐมภูมิ 3.ทีมที่เลี้ยงระดับอำเภอ ร่วมสนับสนุนและพัฒนา 4.สสอ./ สสจ. ตรวจสอบข้อมูลในระบบข้อมูลทรัพยากรฯ หน่วยบริการปฐมภูมิ	ไตรมาส 3 (9 เดือน) 1.มีการประเมินและรับรองผล รพ.สต.ติดดาวในระดับอำเภอ และ ระดับจังหวัด	ไตรมาส 4 (12 เดือน) 1 ทีมประเมินระดับเขต ลงสู่เยี่ยมประเมิน รพ.สต. ติดดาว จังหวัดละ 1 แห่ง 2.รพ.สต.ที่ผ่านเกณฑ์การพัฒนาคูณภาพ รพ.สต.ติดดาว ระดับ 5 ดาว ร้อยละ 75 (สะสม)

- House Model กระทรวงสาธารณสุข

หน่วยงานหลัก : สำนักงานสนับสนุนระบบสุขภาพปฐมภูมิ

ประเด็น : รพ.สต.ติดตาม

Governance Excellence

แผนงานที่ 11

Target / KPI No.	ร้อยละของ รพ.สต. ที่ผ่านเกณฑ์การพัฒนาคุณภาพ รพ.สต.ติดตาม ระดับ 5 ดาวสะสม ร้อยละ 75				
Situation /Baseline	<p>Situation : ปัจจุบันมีเกณฑ์การพัฒนาคุณภาพหน่วยบริการปฐมภูมิ (รพ.สต.) หลายเกณฑ์ ซึ่งดำเนินการโดยหลายหน่วยงาน กระทรวงสาธารณสุขจึงมีนโยบายในการพัฒนาเกณฑ์คุณภาพหน่วยบริการปฐมภูมิ (รพ.สต.) เป็นเกณฑ์เดียวที่บูรณาการในรอบการประเมินรูปแบบเดียว เพื่อลดความซ้ำซ้อนในการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่ และประชาชนได้รับบริการที่มีคุณภาพได้มาตรฐานบริการปฐมภูมิ</p> <p>Baseline : มี รพ.สต. ผ่านเกณฑ์ฯ จำนวน 6,914 แห่ง คิดเป็นร้อยละ 70.68 (แบบสะสม) ไม่รวม ศสช. ศสม. PCU ข้อมูล ณ วันที่ 30 ส.ค. 2562</p>				
Strategy	1. พัฒนามาตรฐานเกณฑ์การพัฒนาคุณภาพ รพ.สต. ติดตาม ปี 2563	2. พัฒนาคณะทำงานทุกระดับให้มีมาตรฐาน	3. สื่อสาร ชี้แจง ประชาสัมพันธ์ นโยบาย แนวทาง และแผนพัฒนาองค์กรคุณภาพ รพ.สต.ติดตาม	4. พัฒนาระบบฐานข้อมูลหน่วยบริการปฐมภูมิ	5. ติดตามประเมินผลการดำเนินงาน
Key Activity	1. ประชุมทบทวน และพัฒนาเกณฑ์การพัฒนาคุณภาพ รพ.สต.ติดตาม ปี 2563 ให้ได้มาตรฐาน	1. ทบทวนคำสั่งแต่งตั้งคณะทำงานและประเมินคุณภาพ รพ.สต.ติดตาม ปี 2563 2. อบรมเชิงปฏิบัติการคณะทำงานพัฒนาและประเมินคุณภาพ รพ.สต.ติดตาม ระดับเขต (ครูก.) จำนวน 1 ครั้ง/ปี 3. อบรมเชิงปฏิบัติการคณะทำงานพัฒนาและประเมินคุณภาพ รพ.สต.ติดตาม ระดับเขต (ครูข.) จำนวน 1 ครั้ง/ปี 4. มีการส่งทีมที่เลี้ยงระดับอำเภอลงไปพัฒนา รพ.สต.ทุกแห่งด้วยเกณฑ์ รพ.สต.ติดตาม ให้ได้คุณภาพ 5. บูรณาการคณะทำงานพัฒนาระบบปฐมภูมิระดับเขต	1. ประชุมชี้แจงนโยบาย กำหนด ทิศทาง ติดตามการดำเนินงาน (kickoff) ระดับประเทศ 2. ทบทวนจัดทำคู่มือแนวทางการพัฒนาคุณภาพ รพ.สต.ติดตาม ปี 2563 3. เพิ่มช่องทางในการสื่อสาร ชี้แจง ประชาสัมพันธ์นโยบาย แนวทางในการพัฒนาคุณภาพ รพ.สต.ติดตาม	1. ปรับปรุงระบบข้อมูลทรัพยากรสุขภาพหน่วยบริการปฐมภูมิ	1. รพ.สต.ทุกแห่งประเมินตนเอง (ที่ยังไม่ผ่านเกณฑ์) 2. คณะทำงานระดับอำเภอ ประเมิน 3. คณะทำงานระดับจังหวัด ประเมินรับรอง 4. คณะทำงานระดับเขต ประเมินเพื่อหาต้นแบบ 5. มอบใบรับรอง รพ.สต.ที่ผ่านเกณฑ์ฯ
Small Success	<p>ไตรมาส 1</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. ประชุมชี้แจงนโยบาย (kickoff) ระดับประเทศ 2. อบรมเชิงปฏิบัติการ เพื่อพัฒนาทีมประเมินระดับเขต 3. มีคู่มือแนวทางการพัฒนาคุณภาพ รพ.สต.ติดตาม ปี 2563 4. รพ.สต.มีการประเมินตนเองตามเกณฑ์และบันทึกข้อมูลในระบบข้อมูลทรัพยากรสุขภาพ หน่วยบริการปฐมภูมิ 	<p>ไตรมาส 2</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. อบรม ครู ข ทุกเขต อย่างน้อย เขตละ 1 ครั้ง 2. แต่งตั้งทีมพัฒนา/ทีมประเมินระดับจังหวัด 1 ทีม อำเภอ 1 ทีม 3. มีทีมที่เลี้ยงระดับอำเภอเพื่อพัฒนา รพ.สต.ทุกแห่ง 3. ให้ สสอ./สสจ. มีการตรวจสอบข้อมูล ในระบบข้อมูลทรัพยากรสุขภาพ หน่วยบริการปฐมภูมิ เพื่อวางแผนพัฒนา 	<p>ไตรมาส 3</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. รพ.สต. ที่ยังไม่ผ่านเกณฑ์ 5 ดาว มีการประเมินตนเองและพัฒนา 2. มีการประเมินและรับรองผล รพ.สต.ติดตาม ในระดับอำเภอ จังหวัด และเขต 	<p>ไตรมาส 4</p> <p>รพ.สต. ที่ผ่านเกณฑ์การพัฒนาคุณภาพ รพ.สต. ติดตาม ระดับ 5 ดาว ร้อยละ 75 (สะสม)</p>	

- Template กระทรวงสาธารณสุข

หมวด	ยุทธศาสตร์บริหารเป็นเลิศด้วยธรรมาภิบาล (Governance Excellence)
แผนที่	11. การพัฒนาระบบธรรมาภิบาลและองค์กรคุณภาพ
โครงการที่	34. โครงการพัฒนาองค์กรคุณภาพ
ระดับการแสดงผล	เขต
ชื่อตัวชี้วัด	57. ร้อยละของ รพ.สต. ที่ผ่านเกณฑ์การพัฒนาคุณภาพ รพ.สต. ดีดดาว

<p>คำนิยาม</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล(รพ.สต.) หมายถึง หน่วยบริการสาธารณสุขระดับปฐมภูมิ ทั้งที่อยู่ในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข และที่ถ่ายโอนไปยังองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ไม่รวม ศูนย์สุขภาพชุมชน(ศสช.) ศูนย์สุขภาพชุมชนเมือง(ศสม.) และหน่วยบริการปฐมภูมิในโรงพยาบาล (PCU) 2. การพัฒนาคุณภาพ รพ.สต. หมายถึงการพัฒนาคุณภาพของรพ.สต.ให้ได้ตามเกณฑ์คุณภาพโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลติดดาวที่กำหนด คือ 5 ดาว 5 ดี ประกอบด้วย <ol style="list-style-type: none"> 1) บริหารดี 2) ประสานงานดี ภาควิชามีส่วนร่วม 3) บุคลากรที่ดี 4) บริการดี 5) ประชาชนมีสุขภาพดี <p>มีเกณฑ์ประเมินดังนี้</p> <p>หมวด 1 การนำองค์กรและการจัดการที่ดี</p> <p>หมวด 2 การให้ความสำคัญกับประชากรเป้าหมายชุมชนและผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย</p> <p>หมวด 3 การมุ่งเน้นทรัพยากรบุคคล</p> <p>หมวด 4 การจัดระบบบริการครอบคลุมประเภทและประชากรทุกกลุ่มวัย</p> <p>หมวด 5 ผลลัพธ์</p> <p>โดยมีการแปลผลระดับดาว ดังนี้</p> <p>ร้อยละ 60.00 - 69.99 เท่ากับ 3 ดาว (รายงาน เขต และจังหวัด เพื่อการพัฒนา)</p> <p>ร้อยละ 70.00 - 79.99 เท่ากับ 4 ดาว (รายงาน เขต และจังหวัด เพื่อการพัฒนา)</p> <p>ร้อยละ 80 ขึ้นไป และทุกหมวดต้องผ่าน ร้อยละ 80 เท่ากับ 5 ดาว</p> 3. การรับรองผล จังหวัดและเขตร่วมพัฒนาและรับรองผล รพ.สต. ที่ผ่านเกณฑ์การพัฒนาคุณภาพ รพ.สต.ติดดาว ระดับ 5 ดาว โดยรักษาสภาพ 2 ปี ก่อนเข้ารับการประเมินใหม่
-----------------------	--

เกณฑ์เป้าหมาย:

1. รพ.สต. ผ่านเกณฑ์พัฒนาคุณภาพ รพ.สต.ติดดาว ระดับ 5 ดาว แบบสะสม ร้อยละ 75

กระบวนการ	ปีงบประมาณ 2562	ปีงบประมาณ 2563	ปีงบประมาณ 2564	ปีงบประมาณ 2565
Accreditation (สะสม)	ร้อยละ 60	ร้อยละ 75	ร้อยละ 85	ร้อยละ 100

วัตถุประสงค์	เพื่อพัฒนาโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลให้มีคุณภาพ
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลทั่วประเทศ จำนวน 4,551 แห่ง หมายถึง รพ.สต. ที่ผ่านระดับห้าดาวใน ปีงบประมาณ 2560 จำนวน 1,683 แห่ง + รพ.สต. ที่ยังไม่ผ่านระดับห้าดาว จำนวน 2,868 แห่ง
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	รพ.สต. ประเมินตนเองและบันทึกข้อมูล, สสอ. ตรวจสอบและแก้ไข, (รับรอง) สสจ. ตรวจสอบและแก้ไข, (รับรอง) เขต ตรวจสอบและส่งผลการประเมินผ่านโปรแกรมมายัง สสป. ผ่านระบบข้อมูลทรัพยากรสุขภาพ หน่วยบริการปฐมภูมิ (http://gishealth.moph.go.th/pcu)
แหล่งข้อมูล	รพ.สต. ประเมินตนเอง, ประเมินและรับรองผลโดยทีมระดับอำเภอ ระดับจังหวัด ระดับเขต ในระบบข้อมูลทรัพยากรสุขภาพ หน่วยบริการปฐมภูมิ (http://gishealth.moph.go.th/pcu)
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลระดับ 5 ดาว (สะสมปีงบประมาณ (2561 – 2563) ผ่านเกณฑ์พัฒนาคุณภาพ รพ. สต.ติดดาว ระดับ 5 ดาว ในปีงบประมาณ 2563 B = จำนวนโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลระดับ 4 ดาว (สะสมปีงบประมาณ 2561 – 2563) <i>*รายงานไปยังเขตเพื่อวางแผนพัฒนา</i> C = จำนวนโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลระดับ 3 ดาว (สะสมปีงบประมาณ 2561 – 2563) <i>*รายงานไปยังเขตเพื่อวางแผนพัฒนา</i>

รายการข้อมูล 2	D = จำนวนโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลทั้งหมด โดยไม่รวม รพ.สต. ที่ถ่ายโอนไปยังองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (9,782 แห่ง) (ที่มาของข้อมูลจากระบบข้อมูลทรัพยากรสุขภาพหน่วยบริการปฐมภูมิ)		
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(A/D) \times 100$		
ระยะเวลาประเมินผล	ไตรมาส 3 - 4		
เกณฑ์การประเมิน :			
ปี 2563 :			
รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
<p>1. ประชุมชี้แจงนโยบาย กำหนด ทิศทาง ติดตาม การดำเนินงาน (Kick off) ระดับประเทศ</p> <p>2. อบรมเชิงปฏิบัติการ คณะทำงานพัฒนาและ ประเมินคุณภาพ รพ.สต.ติดตาม ระดับ เขต (ครู ก) จำนวน 1 ครั้งต่อปี</p> <p>3. มีคู่มือแนวทางการพัฒนาคุณภาพ โรงพยาบาลส่งเสริม สุขภาพตำบลติดตาม</p>	<p>1. อบรมเชิงปฏิบัติการ คณะทำงานพัฒนาและ ประเมินคุณภาพ รพ.สต. ติดตาม ระดับจังหวัด (ครู ข) อย่างน้อยเขตละ 1 ครั้ง และระดับอำเภอ อย่างน้อยจังหวัดละ 1 ครั้ง</p> <p>2. แต่งตั้งคณะทำงาน พัฒนาและประเมิน คุณภาพ รพ.สต.ติดตาม ระดับจังหวัด 1 ทีม/ จังหวัด ระดับอำเภอ 1 ทีม/ อำเภอ</p>	<p>1. รพ.สต. (ที่ยังไม่ผ่าน เกณฑ์) ได้รับการพัฒนา โดยทีมพี่เลี้ยงระดับ อำเภอ/ระดับจังหวัด</p> <p>2. คณะกรรมการประเมิน ระดับอำเภอ ประเมิน</p> <p>3. คณะกรรมการประเมิน ระดับจังหวัด ประเมิน และรับรองผล</p> <p>4. คณะกรรมการประเมิน ระดับเขต ประเมิน รับรองผลและ แลกเปลี่ยนเรียนรู้ใน ภาพของจังหวัด</p>	<p>รพ.สต.ผ่านเกณฑ์พัฒนา คุณภาพ รพ.สต.ติดตาม ระดับ 5 ดาว สะสมร้อยละ 75</p>

<p>(รพ.สต.ติดดาว) ปี 2563</p> <p>4. รพ.สต. ประเมินตนเอง และบันทึกข้อมูลใน ระบบข้อมูลทรัพยากร สุขภาพ หน่วยบริการ ปฐมภูมิ (http://gishealth.moph.go.th/pcu)</p>	<p>3. มีทีมพี่เลี้ยงระดับ อำเภอเพื่อพัฒนา รพ.สต. ทุกแห่ง ร้อยละ 100</p> <p>4. สสอ./สสจ. ตรวจสอบ ข้อมูลการบันทึกการ ประเมินตนเองของ รพ.สต. ในโปรแกรม http://gishealth.moph.go.th/pcu เพื่อวางแผนการพัฒนา</p>	<p>5. สสอ./สสจ./เขต ตรวจสอบข้อมูล ส่งผล การประเมินมายังสำนัก สนับสนุนระบบสุขภาพ ปฐมภูมิ (สสป.) ผ่าน โปรแกรม http://gishealth.moph.go.th/pcu</p>	
---	---	---	--

ปี 2564:

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
			<p>1. รพ.สต. ที่ผ่านเกณฑ์ การพัฒนาคุณภาพ รพ.สต.ติดดาว ร้อยละ 85 (สะสม)</p>

ปี 2565:

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
			รพ.สต. ที่ผ่านเกณฑ์ การพัฒนาคุณภาพ รพ.สต.ติดดาว ร้อยละ 100 (สะสม)

วิธีการประเมินผล:	รพ.สต. ผ่านการประเมินและรับรองโดยทีมประเมินระดับจังหวัดหรือระดับเขต																								
เอกสารสนับสนุน:	คู่มือแนวทางการพัฒนาโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลติดดาว (รพ.สต.ติดดาว) ปี 2563																								
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	<table border="1"> <thead> <tr> <th rowspan="2">Baseline data</th> <th rowspan="2">หน่วยวัด</th> <th colspan="5">ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.</th> </tr> <tr> <th>2559</th> <th>2560</th> <th>2561</th> <th>2562</th> <th>2563</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>9,782 แห่ง</td> <td>ร้อยละ</td> <td>-</td> <td>17.20 (1,683)</td> <td>50.85 (4,975)</td> <td>70.68 (6,914)</td> <td>-</td> </tr> </tbody> </table>						Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.					2559	2560	2561	2562	2563	9,782 แห่ง	ร้อยละ	-	17.20 (1,683)	50.85 (4,975)	70.68 (6,914)	-
Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.																							
		2559	2560	2561	2562	2563																			
9,782 แห่ง	ร้อยละ	-	17.20 (1,683)	50.85 (4,975)	70.68 (6,914)	-																			
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ/ ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	<p>1. นพ.สุวัฒน์ วิริยพงษ์สุกิจ ผู้อำนวยการสำนักบริหารยุทธศาสตร์สุขภาพดีวิถีชีวิตไทย โทรศัพท์ที่ทำงาน :02-5901238 โทรศัพท์มือถือ : 0819230536 โทรสาร : 02-5901239 E-mail : swiriya04@yahoo.com</p> <p>2. พญ.ณภัทร สิทธิศักดิ์ นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ โทรศัพท์ที่ทำงาน :02-5901238 โทรศัพท์มือถือ : 089-7110421 โทรสาร : 02-5901239 E-mail : nim.sittisak@hotmail.co.th</p>																								
หน่วยงานประมวลผลและจัดทำ ข้อมูล (ระดับส่วนกลาง)	สำนักสนับสนุนระบบสุขภาพปฐมภูมิ																								
ผู้รับผิดชอบการรายงานผลการ ดำเนินงาน	<p>1. พญ.ณภัทร สิทธิศักดิ์ นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ โทรศัพท์มือถือ : 089-7110421 โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5901238 E-mail : nim.sittisak@hotmail.co.th</p>																								

	โทรสาร : 02-5901239	
2. นางเอี่ยมพร จันทร์ทอง		นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ
โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5901238		โทรศัพท์มือถือ : 061-4177216
โทรสาร :02-5901239		E-mail : auam2702@gmail.com
สำนักสนับสนุนระบบสุขภาพปฐมภูมิ		สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

ส่วนที่ 3 เข็มมุ่งเขตสุขภาพที่ 4

3.1 การคลอดก่อนกำหนด (Pre-term)

เป้าหมาย:
ลดอัตราการคลอดก่อนกำหนด



Draft 2

สถานการณ์	ปี 2562 พบว่าอัตราการคลอดก่อนกำหนด ร้อยละ 13.05 (3,398 คน)				
เป้าหมาย	อัตราการคลอดก่อนกำหนด ลดลง (จากเดิม) ร้อยละ 10				
มาตรการสำคัญ	พัฒนาระบบบริการ	พัฒนาศักยภาพ	บริหารจัดการ	สร้าง HL ให้ ประชา./ชุมชน	พัฒนาระบบข้อมูล & กำกับติดตาม
	1. ค้นหา ศีตรองและส่งต่อหญิงตั้งครรภ์เสี่ยง Preterm เข้ารับการรักษาดตามมาตรฐาน 2. Re-design โรงเรียนพ่อแม่เพื่อสร้าง HL –Preterm 3. เยี่ยมบ้านขณะตั้งครรภ์	1. ทบทวน/ฟื้นฟูทักษะการวัด CL 2. อบรมพัฒนาทักษะการเฝ้าระวังป้องกัน Preterm	1. ระบบบริหารจัดการยา (ED, NED) 2. เครื่องมือ	1. สร้างความเข้าใจ/ความตระหนักในการป้องกัน Preterm 2. กำหนดมาตรการ ลด Preterm ร่วมกับครอบครัว สังคม และชุมชน	1. ออกแบบระบบการบันทึกข้อมูลและส่งต่อผู้รับบริการให้เชื่อมโยงทุกระดับ 2. กำกับติดตามความก้าวหน้า 3. นิเทศ/เยี่ยมเสริมพลัง 4. แลกเปลี่ยนเรียนรู้/ ถอดบทเรียน

Small Success

ต.ค.-ธ.ค.62	ม.ค.-มี.ค.63	เม.ย.-มิ.ย.63	ก.ค.-ก.ย.63
<ol style="list-style-type: none"> พื้นที่ 8 จังหวัด ได้รับความแนวทางการดำเนินงานป้องกัน Preterm และนำไปปฏิบัติให้เหมาะสมกับบริบท ทบทวน/ฟื้นฟูทักษะบุคลากรตามแนวทางลด Preterm แต่ละจังหวัด <ul style="list-style-type: none"> - สูดิแพทย์/ แพทย์ทั่วไป - พยาบาล ANC รพศ. รพท. รพช. และ รพ.สต. - อสม./ อสค. มีทีม Coach (ทน.ส่งเสริม +IT+ CPM จว./อ.) ทุกอำเภอ 	<ol style="list-style-type: none"> Kick off 1 ม.ค.63 ทุกจังหวัด ทุกจังหวัดมีระบบบริหารจัดการยา (ED, NED) มีระบบส่งต่อหญิงตั้งครรภ์เสี่ยง Preterm เชื่อมโยงทุกระดับ หญิงตั้งครรภ์เสี่ยง Preterm ที่มี Warning Signs ได้รับการนำส่ง รพ. ทุกราย มีรายงานผลการดำเนินงานลด Preterm ในการตรวจราชการ รายงานความก้าวหน้า คปสข. ทุกเดือน และ อปสข.ทุก 2 เดือน โดยเขตสุขภาพ 	<ol style="list-style-type: none"> ประชุมติดตามความก้าวหน้า (6 เดือน) โดยเขตสุขภาพ เยี่ยมเสริมพลังทุกจังหวัด โดยเขตฯ มีมาตรการลด Preterm ร่วมกับครอบครัว สังคม และชุมชน หญิงตั้งครรภ์เสี่ยง Preterm ที่ได้รับ Hormone Progesterone ตลอดครบกำหนดร้อยละ 80 	<ol style="list-style-type: none"> ประชุมติดตามความก้าวหน้า (9 เดือน) โดยเขตสุขภาพ แลกเปลี่ยนเรียนรู้/ ถอดบทเรียน โดยเขตสุขภาพ Preterm ลดลงจากเดิม ร้อยละ 10

Active
Go to S

- House Model เขตสุขภาพที่ 4

เป้าหมาย: ลดอัตราการคลอดก่อนกำหนด



Draft 2

สถานการณ์	ปี 2562 พบว่าอัตราการคลอดก่อนกำหนด ร้อยละ 13.05 (3,398 คน)				
เป้าหมาย	อัตราการคลอดก่อนกำหนด ลดลง (จากเดิม) ร้อยละ 10				
มาตรการสำคัญ	พัฒนาระบบบริการ	พัฒนาศักยภาพ	บริหารจัดการ	สร้าง HL ให้ ปชช./ชุมชน	พัฒนาระบบข้อมูล & กำกับติดตาม
	1. ค้นหา คัดกรองและส่งต่อหญิงตั้งครรภ์เสี่ยง Preterm เข้ารับการรักษาตามมาตรฐาน 2. Re-design โรงเรียนพ่อแม่เพื่อสร้าง HL –Preterm 3. เยี่ยมบ้านขณะตั้งครรภ์	1. ทบทวน/ฟื้นฟูทักษะการวัด CL 2. อบรมพัฒนาทักษะการเฝ้าระวังป้องกัน Preterm	1. ระบบบริหารจัดการยา (ED, NED) 2. เครื่องมือ	1. สร้างความเข้าใจ/ความตระหนักในการป้องกัน Preterm 2. กำหนดมาตรการ ลด Preterm ร่วมกับครอบครัว สังคม และชุมชน	1. ออกแบบระบบการบันทึกข้อมูลและส่งต่อผู้รับบริการให้เชื่อมโยงทุกระดับ 2. กำกับติดตามความก้าวหน้า 3. นิเทศ/เยี่ยมเสริมพลัง 4. แลกเปลี่ยนเรียนรู้/ ถอดบทเรียน

Small Success

ต.ค.-ธ.ค.62	ม.ค.-มี.ค.63	เม.ย.-มิ.ย.63	ก.ค.-ก.ย.63
1. พื้นที่ 8 จังหวัด ได้รับทราบแนวทางการดำเนินงานป้องกัน Preterm และนำไปปฏิบัติให้เหมาะสมกับบริบท 2. ทบทวน/ฟื้นฟูทักษะบุคลากรตามแนวทางลด Preterm แต่ละจังหวัด - สูติแพทย์/ แพทย์ทั่วไป - พยาบาล ANC รพศ. รพท. รพช. และ รพ.สต. - อสม./ อสค. 3. มีทีม Coach (ทน.ส่งเสริม +IT+ CPM จว./อ.) ทุกอำเภอ	1. Kick off 1 ม.ค.63 ทุกจังหวัด 2. ทุกจังหวัดมีระบบบริหารจัดการยา (ED, NED) 3. มีระบบส่งต่อหญิงตั้งครรภ์เสี่ยง Preterm เชื่อมโยงทุกระดับ 4. หญิงตั้งครรภ์เสี่ยง Preterm ที่มี Warning Signs ได้รับการนำส่ง รพ. ทุกราย 5. มีรายงานผลการดำเนินงานลด Preterm ในการตรวจราชการ 6. รายงานความก้าวหน้า คปสช. ทุกเดือน และ อปสช.ทุก 2 เดือน โดยเขตสุขภาพ	1. ประชุมติดตามความก้าวหน้า (6 เดือน) โดยเขตสุขภาพ 2. เยี่ยมเสริมพลังทุกจังหวัด โดยเขตฯ 3. มีมาตรการลด Preterm ร่วมกับครอบครัว สังคม และชุมชน 4. หญิงตั้งครรภ์เสี่ยง Preterm ที่ได้รับ Hormone Progesterone คลอดครบกำหนดร้อยละ 80	1. ประชุมติดตามความก้าวหน้า (9 เดือน) โดยเขตสุขภาพ 2. แลกเปลี่ยนเรียนรู้/ ถอดบทเรียน โดยเขตสุขภาพ 3. Preterm ลดลงจากเดิม ร้อยละ 10

Active
Go to Se

- House Model กระทรวงสาธารณสุข

ประเด็น : การพัฒนาคุณภาพชีวิตคนไทยทุกกลุ่มวัย (ด้านสุขภาพ)

พัฒนาและสร้างเสริมศักยภาพคนไทยกลุ่มสตรีและเด็กปฐมวัย

กลุ่มเป้าหมาย	หญิงตั้งครรภ์และเด็กปฐมวัย 0-5 ปี, หน่วยบริการสาธารณสุขทุกระดับ, ภาครัฐหรือข่ายที่เกี่ยวข้องทั้งภาครัฐและเอกชน				
เป้าหมาย/ตัวชี้วัดปี 2563	1. อัตราส่วนการตายมารดาไทยไม่เกิน 17 ต่อแสนการเกิดมีชีพ		2. ร้อยละ 85 ของเด็กปฐมวัยมีพัฒนาการสมวัย		3. ร้อยละ 60 ของเด็กอายุ 0-5 ปี สูงดีสมส่วน
มาตรการ	บูรณาการองค์การภาคีเครือข่ายทุกภาคส่วน (Partnership)	ปฏิรูปการคุ้มครองแม่และเด็ก และการบังคับใช้กฎหมายอย่างเคร่งครัด (Regulate)	เสริมสร้างความรู้ สื่อสารสุขภาพพ่อแม่และครอบครัว เพื่อการพึ่งตนทางสุขภาพอย่างยั่งยืน (Advocate)	จัดบริการสุขภาพแก่แม่และเด็ก ที่มีคุณภาพตามมาตรฐาน (Building Capacity, Investment)	ส่งเสริมการสร้างนวัตกรรม การจัดการบริการสุขภาพแก่แม่และเด็ก (Management)
กิจกรรมสำคัญ	1. สร้างเครือข่ายความความร่วมมือระหว่างประเทศ เพื่อส่งเสริมการเกิดและการเจริญเติบโตอย่างมีคุณภาพ 2. สนับสนุนการดำเนินงานพัฒนาเด็กปฐมวัยตามความร่วมมือระหว่างกระทรวง 3. บูรณาการการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพสตรีและเด็กปฐมวัย ผ่านกลไกคณะกรรมการอนามัยแม่และเด็ก และภาคีเครือข่ายในทุกระดับ (MCH Board, PNC)	1. ขับเคลื่อนยุทธศาสตร์ นโยบาย และบังคับใช้กฎหมายที่เกี่ยวข้องกับงานอนามัยแม่และเด็กตาม พ.ร.บ. ควบคุมการส่งเสริมการตลาดอาหารสำหรับทารกและเด็กเล็กฯ, พ.ร.บ. การพัฒนาเด็กปฐมวัยฯ, พ.ร.บ. การป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นฯ 2. สนับสนุนเครือข่ายบริการสุขภาพดำเนินการตามมาตรฐานอนามัยอนามัยแม่และเด็ก	1. พัฒนาระบบสื่อสารสาธารณะเพื่อสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพแม่และเด็ก 2. สนับสนุนการขับเคลื่อนทางสังคมและรณรงค์สร้างกระแส	1. พัฒนาศักยภาพบุคลากรด้านอนามัยแม่และเด็ก 2. จัดบริการส่งเสริมสุขภาพแก่แม่และเด็กอย่างมีคุณภาพและได้มาตรฐาน 3. พัฒนาระบบข้อมูล ระบบเฝ้าระวัง และระบบกำกับติดตามของเครือข่ายสุขภาพอนามัยแม่และเด็กในทุกระดับ	1. สนับสนุนให้เกิดกระบวนการแลกเปลี่ยนเรียนรู้และพัฒนาต้นแบบ 2. พัฒนาองค์ความรู้ นวัตกรรมและเทคโนโลยีด้านอนามัยแม่และเด็ก
ผู้รับผิดชอบ	กรมอนามัย กรมการแพทย์ กรมควบคุมโรค กรมสุขภาพจิต กรมวิทย์ กรม สบส. สป. สปสช., ราชวิทยาลัยสูตินรีแพทย์แห่งประเทศไทย และราชวิทยาลัยกุมารแพทย์แห่งประเทศไทย				
โครงการสำคัญ	1. โครงการมหัศจรรย์ 1,000 วันแรกของชีวิต 2. โครงการส่งเสริมการเจริญเติบโตและพัฒนาการเด็กปฐมวัยอย่างมีคุณภาพ 3. โครงการขับเคลื่อนการดำเนินงานตามนโยบายและยุทธศาสตร์การพัฒนามาตรฐานการเจริญพันธุ์แห่งชาติ ฉบับที่ 2				
ระดับความสำเร็จ (Small Success)	ไตรมาส 1 (3 เดือน)	ไตรมาส 2 (6 เดือน)	ไตรมาส 3 (9 เดือน)	ไตรมาส 4 (12 เดือน)	
	1. อัตราส่วนการตายมารดาไทยไม่เกิน 17 ต่อแสนเด็กเกิดมีชีพ 2. มีแผนปฏิบัติการ/แผนดำเนินงาน ที่สอดคล้องกับสถานการณ์ปัญหาในพื้นที่และมีระบบประเมินผลและวิเคราะห์เพื่อกำหนดมาตรการ 3. มีระบบบริหารจัดการและขับเคลื่อนการดำเนินงานด้านอนามัยแม่และเด็กทุกจังหวัด 4. มีการพัฒนาศักยภาพบุคลากรในการดำเนินงานแต่ละระดับ 5. มีกลไกการขับเคลื่อนและพัฒนาสถานพัฒนาเด็กปฐมวัยทั้งในและนอกสังกัดกระทรวงสาธารณสุขร่วมกับภาคีเครือข่ายตามมาตรฐานสถานพัฒนาเด็กปฐมวัยแห่งชาติ 6. พัฒนาศูนย์พัฒนาเด็กปฐมวัยสังกัดกระทรวงสาธารณสุขตามมาตรฐานสถานพัฒนาเด็กปฐมวัยแห่งชาติ 7. มีกระบวนการสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพแม่และเด็ก 8. มีคณะทำงานสืบสวนและวิเคราะห์สาเหตุการตายมารดา ระดับเขตสุขภาพ	1. อัตราส่วนการตายมารดาไทยไม่เกิน 17 ต่อแสนเด็กเกิดมีชีพ 2. ร้อยละ 90 ของเด็ก 0-5ปี ได้รับการคัดกรองพัฒนาการ 3. ร้อยละ 20 ของเด็ก 0-5ปี ได้รับการคัดกรองพัฒนาการพบสงสัยล่าช้า 4. ร้อยละ 90 ของเด็ก 0-5ปี มีพัฒนาการสงสัยล่าช้าได้รับการติดตาม/ส่งต่อ 5. ร้อยละ 65 ของเด็กปฐมวัยที่ได้รับการคัดกรองแล้วพบว่าไม่มีพัฒนาการล่าช้าได้รับการกระตุ้นพัฒนาการด้วยเครื่องมือมาตรฐาน 6. โรงพยาบาลพัฒนาและประเมินตนเองตามมาตรฐานงานอนามัยแม่และเด็กร้อยละ 40 7. มีกลไกการขับเคลื่อนพระราชบัญญัติควบคุมการส่งเสริมการตลาดอาหารสำหรับทารกและเด็กเล็ก พ.ศ. 2560 ในระดับเขตและระดับจังหวัด 8. ร้อยละ 60 ของเด็ก 0-5 ปี สูงดีสมส่วน 9. ร้อยละของพ่อแม่ผู้ปกครองใช้คู่มือ DSPM ในการเลี้ยงดูเด็ก	1. อัตราส่วนการตายมารดาไทยไม่เกิน 17 ต่อแสนเด็กเกิดมีชีพ 2. ทุกจังหวัดมีการรณรงค์คัดกรองและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย 3. เยี่ยมเสริมพลังการดำเนินงานส่งเสริมพัฒนาการ คัดกรอง กระตุ้นติดตามพัฒนาการเด็ก 0-5 ปี 4. ทุกอำเภอมีการขับเคลื่อนมหัศจรรย์ 1,000 วันแรกของชีวิตอย่างน้อย 2 ตำบล 5. สร้างความรู้ความเข้าใจด้านสุขภาพเพื่อส่งเสริมสุขภาพสตรีและเด็กปฐมวัยสื่อสารผ่านช่องทางต่าง ๆ 6. มีระบบเฝ้าระวังการละเมิดพระราชบัญญัติควบคุมการส่งเสริมการตลาดอาหารสำหรับทารกและเด็กเล็ก พ.ศ. 2560 ในระดับเขตและระดับจังหวัด	1. อัตราส่วนการตายมารดาไทยไม่เกิน 17 ต่อแสนการเกิดมีชีพ 2. ร้อยละ 85 ของเด็กปฐมวัยมีพัฒนาการสมวัย 3. ร้อยละ 60 ของเด็ก 0-5 ปี สูงดีสมส่วน 4. ร้อยละ 100 ของสถานพัฒนาเด็กปฐมวัยสังกัดกระทรวงสาธารณสุขผ่านเกณฑ์มาตรฐานขั้นต่ำ 5. ร้อยละ 65 ของเด็กปฐมวัยที่ได้รับการคัดกรองแล้วพบว่าไม่มีพัฒนาการล่าช้าได้รับการกระตุ้นพัฒนาการด้วยเครื่องมือมาตรฐาน	

3.2 Intermediate Care

- House Model เขตสุขภาพที่ 4

SP Intermediate Care เขตสุขภาพที่ 4

เป้าหมาย: เข้าถึงบริการ ลดพิการ ลดภาวะแทรกซ้อน “เปลี่ยนภาวะ เป็นพลังของสังคม”

KPI หลัก SP IMC 2563 : รพ. ระดับ M และ F ให้บริการ Intermediate Bed / Ward ร้อยละ 60

Stroke
TBI
SCI
Fracture Hip

บริหารจัดการ	พัฒนาระบบบริการ	สร้างการรับรู้ ทักษะคน	ระบบข้อมูล
<ol style="list-style-type: none"> พัฒนาให้เกิดบริการ Intermediate bed/ward อย่างเป็นรูปธรรม สนับสนุนการจัดตั้งกองทุนฟื้นฟูจังหวัด พัฒนาบุคลากร 	<ol style="list-style-type: none"> เน้นระบบการคัดกรองเพื่อ refer back IMC bed/ward ให้บริการ IMC bed/ward ตาม care protocol เชื่อมการดูแลผู้ป่วยร่วมกับ FCT, PCC 	<ol style="list-style-type: none"> จัดทำสื่อ: poster แผ่นพับ วิดีทัศน์ เพื่อสร้างความเข้าใจและประชาสัมพันธ์ระบบบริการ IMC เยี่ยมเสริมพลัง 8 จังหวัด 	<ol style="list-style-type: none"> ใช้ Standard data set เพื่อส่งต่อและติดตามข้อมูลผู้ป่วย นำข้อมูลมาใช้พัฒนาระบบบริการ เน้นจำนวนการ Refer back IMC

3 เดือน	6 เดือน	9 เดือน	12 เดือน
<ul style="list-style-type: none"> ประชุมคณะกรรมการ SP IMC เขต เพื่อชี้แจงแนวทางการดำเนินงานปี 2563 และวางแผนการดำเนินงานให้บรรลุเป้าหมาย วางแผนโครงการที่ได้รับงบประมาณจากกรมการแพทย์ และ งบ CHRO เขตสุขภาพที่ 4 	<ul style="list-style-type: none"> แต่ละจังหวัดประเมินคุณภาพและผลการให้บริการ Intermediate bed/ward (รพ. ระดับ M และ F) ประจำปี 2563 ประชุมชี้แจงแนวทางการบริหารงบฟื้นฟูสมรรถภาพ เขต 4 ประจำปี 2563 จัดตั้งกองทุนฟื้นฟูจังหวัด จ.นนทบุรี 	<ul style="list-style-type: none"> กระบวนการเยี่ยมเสริมพลังโดยทีม SP IMC และผู้บริหารเขต 8 จังหวัด จัดอบรมพยาบาล IMC ระดับเขต หลักสูตร 5 วัน (2 รุ่น) จำนวน 142 คน จัดอบรมการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง หลักสูตร 4 เดือน ทำแผนการติดตามกลุ่ม fracture around hip 	<ul style="list-style-type: none"> โครงการพัฒนา รพ.คู่ขนาน intermediate ward 5 จังหวัด ถอดบทเรียนการดำเนิน intermediate care เขตสุขภาพที่ 4 สรุปผลการดำเนินงาน ปี 2563

- Template กระบวนการสาธารณสุข

ยุทธศาสตร์	ยุทธศาสตร์ด้านบริการเป็นเลิศ (Service Excellence)
แผนที่	6. การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan)
โครงการที่	25. โครงการการบริหารฟื้นฟูสภาพระยะกลาง (Intermediate care; IMC)
ระดับการวัดผล	จังหวัด เขต และ ประเทศ
ชื่อตัวชี้วัดเชิงปริมาณ	43. ร้อยละของโรงพยาบาลระดับ M และ F ในจังหวัดที่ให้การบริการฟื้นฟูสภาพระยะกลางแบบผู้ป่วยใน (intermediate bed/ward)
ตัวชี้วัดย่อย	เป้าหมาย ผู้ป่วย Stroke, Traumatic Brain Injury และ Spinal Cord Injury ที่รอดชีวิตและมีคะแนน Barthel index <15 รวมทั้งคะแนน Barthel index >15 with multiple impairment ได้รับการบริการฟื้นฟูสภาพระยะกลางและติดตามจนครบ 6 เดือน หรือจน Barthel index = 20
คำนิยาม	การบริหารฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยระยะกลางที่มีอาการทางคลินิกผ่านพ้นภาวะวิกฤติและมีอาการคงที่แต่ยังคงมีความผิดปกติของร่างกายบางส่วนอยู่และมีข้อจำกัดในการปฏิบัติกิจกรรมในชีวิตประจำวัน จำเป็นต้องได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์โดยทีมสหวิชาชีพ (multidisciplinary approach) อย่างต่อเนื่องจนครบ 6 เดือนตั้งแต่ในโรงพยาบาลจนถึงชุมชน เพื่อเพิ่มสมรรถนะร่างกาย จิตใจ ในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน และลดความพิการหรือภาวะทุพพลภาพ รวมทั้งกลับสู่สังคมได้อย่างเต็มศักยภาพ โดยมีการให้บริการผู้ป่วยระยะกลางใน รพ. ทุกระดับ (A, S: เป็นโรงพยาบาลแม่ข่าย M, F: โรงพยาบาลลูกข่ายและให้บริการ intermediate bed/ward)

คำย่อ	คำเต็ม	คำอธิบาย
BI	Barthel ADL index	แบบประเมินสมรรถนะ ความสามารถทำกิจวัตรประจำวัน บาร์เทิล ที่มีคะแนนเต็มเท่ากับ ๒๐
IMC	Intermediate care	การบริหารผู้ป่วยระยะกลาง
IPD	In-patient department	หอผู้ป่วยในที่รับผู้ป่วยเข้านอนใน โรงพยาบาลเพื่อการบำบัดรักษา
Stroke	Cerebrovascular accident	การวินิจฉัยโรคหลอดเลือดสมอง ได้แก่ ICD10 ต่อไปนี้ I60-I64
TBI	traumatic brain injury	การวินิจฉัยบาดเจ็บสมองที่เกิด จากภยันตราย ได้แก่ ICD10 ต่อไปนี้ S061 – S069
SCI	spinal cord injury	การวินิจฉัยบาดเจ็บไขสันหลังจาก ภยันตราย (traumatic) ได้แก่ ICD10 ต่อไปนี้ S14.0 – S14.1 S24.0 – S24.1 S34.0 – S34.1 S34.3
	Multiple Impairment	ผู้ป่วยที่มีความบกพร่องตั้งแต่ 2 ระบบขึ้นไป ได้แก่ swallowing problem, communication problem, mobility problem,

			cognitive and perception problem, bowel and bladder problem
A	โรงพยาบาลศูนย์		
S	โรงพยาบาลทั่วไปขนาดใหญ่		
M1	โรงพยาบาลทั่วไปขนาดเล็ก		
M2	โรงพยาบาลชุมชนเพื่อรับส่งต่อผู้ป่วย	รพช. ขนาด 120 เตียงขึ้นไป	
F1	โรงพยาบาลชุมชนขนาดใหญ่	รพช. ขนาด 60-120 เตียง	
F2	โรงพยาบาลชุมชนขนาดกลาง	รพช. ขนาด 30-90 เตียง	
F3	โรงพยาบาลชุมชนขนาดเล็ก	รพช. ขนาด 10 เตียง	

เกณฑ์เป้าหมาย

ตัวชี้วัดหลัก ร้อยละของโรงพยาบาลระดับ M และ F ในจังหวัดที่ให้การบริบาลฟื้นฟูสภาพระยะกลางแบบผู้ป่วยใน (intermediate bed/ward)

ปีงบประมาณ 63	ปีงบประมาณ 64	ปีงบประมาณ 65
ร้อยละ 75	ร้อยละ 85	ร้อยละ 100

ตัวชี้วัดรอง เป้าหมาย ผู้ป่วย Stroke, Traumatic Brain Injury และ Spinal Cord Injury ที่รอดชีวิตและมีคะแนน Barthel index < 15 รวมทั้งคะแนน Barthel index >15 with multiple impairment ได้รับการบริบาลฟื้นฟูสภาพระยะกลางและติดตามจนครบ 6 เดือน หรือจน Barthel index = 20

ปีงบประมาณ 63	ปีงบประมาณ 64	ปีงบประมาณ 65
ร้อยละ 60	ร้อยละ 65	ร้อยละ 70

<p>วัตถุประสงค์</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. พัฒนาระบบบริการฟื้นฟูสมรรถภาพและการดูแลต่อเนื่องในผู้ป่วย Stroke, traumatic brain injury และ spinal cord injury ไปจนครบระยะเวลา 6 เดือน 2. สร้างเครือข่ายบริการโดยทีมสหสาขาวิชาชีพ 3. เพิ่มคุณภาพชีวิต ป้องกันและลดความพิการของผู้ป่วย 4. เพิ่มทักษะในการดูแลตนเองของผู้ป่วยและญาติ พร้อมเชื่อมโยงแผนการดูแลต่อเนื่องสู่ที่บ้าน และชุมชน 5. ลดความแออัด รพศ. รพท. / เพิ่มอัตราครองเตียง รพช.
<p>ประชากรกลุ่มเป้าหมาย</p>	<p>ผู้ป่วย Stroke, Traumatic Brain Injury และ Spinal Cord Injury รายใหม่หรือกลับเป็นซ้ำ ทั้งหมดที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลภายในจังหวัด</p>
<p>วิธีการจัดเก็บข้อมูล</p>	<p>จัดเก็บรวบรวมข้อมูลโดยทีมนิเทศและตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุขและกรมการแพทย์</p>
<p>แหล่งข้อมูล</p>	<p>โรงพยาบาลระดับ A S M1 M2 F1 F2 F3 ภายในจังหวัดที่เริ่มให้การรักษาและรับส่งต่อผู้ป่วย</p>
<p>รายการข้อมูล</p>	<p>ตัวชี้วัดหลัก ร้อยละของโรงพยาบาลพยาบาลระดับ M และ F ในจังหวัดที่ให้การบริบาลฟื้นฟูสภาพระยะกลางแบบผู้ป่วยใน (intermediate bed/ward)(ตัวชี้วัดระดับจังหวัด) (ความครอบคลุมในการให้บริบาลฟื้นฟูสภาพระยะกลาง ของโรงพยาบาลในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขระดับจังหวัด)</p> <p>A = โรงพยาบาลระดับ M และ F ในจังหวัด ที่ผ่านเกณฑ์ให้บริการการดูแลระยะกลางแบบผู้ป่วยใน (intermediate bed/ward) ตามภาคผนวก 1 และ 2</p> <p>ภาคผนวก 1 เกณฑ์การบริบาลฟื้นฟูสภาพระยะกลางแบบ IPD (IPD-IMC protocol) สำหรับโรงพยาบาลระดับ M และ F</p> <p>ภาคผนวก 2 IPD care protocol ที่ประกอบด้วย 1) Problem list & plan, 2) Standing doctor order sheet, 3) Team meeting report และ 4) Activities protocol (short stay)</p> <p>B = โรงพยาบาลระดับ M และ F ทั้งหมดในจังหวัด</p> <p>หมายเหตุ</p>

	<p>* โรงพยาบาลระดับ A และ S ควรมีบทบาทเป็นผู้คัดกรอง ส่งต่อและติดตามข้อมูลผู้ป่วย รวมทั้งการสนับสนุนทางด้านวิชาการและการรับปรึกษา</p> <p>* การให้บริการ intermediate ward ได้ในโรงพยาบาลทุกระดับที่สังกัดกระทรวงสาธารณสุข ขึ้นกับความพร้อมและบริบทของพื้นที่ในแต่ละจังหวัดและเขตสุขภาพ</p> <p>ตัวชี้วัดรอง เป้าหมาย ผู้ป่วย Stroke, Traumatic Brain Injury และ Spinal Cord Injury ที่รอดชีวิตและมีคะแนน Barthel index <15 รวมทั้งคะแนน Barthel index >15 with multiple impairment ได้รับการบริบาลฟื้นฟูสภาพระยะกลางและติดตามจนครบ 6 เดือน หรือจน Barthel index = 20 (ตัวชี้วัดระดับจังหวัด)</p> <p>A = ผู้ป่วย Stroke, Traumatic Brain Injury และ Spinal Cord Injury ภายในจังหวัดที่รอดชีวิตและมีคะแนน Barthel index <15 ได้รับการบริบาลฟื้นฟูสภาพระยะกลางและติดตามจนครบ 6 เดือน หรือจน Barthel index = 20</p> <p>B = ผู้ป่วย Stroke, Traumatic Brain Injury และ Spinal Cord Injury รายใหม่หรือกลับเป็นซ้ำทั้งหมดที่เข้ารับการรักษานในโรงพยาบาลภายในจังหวัดรอดชีวิตและมีคะแนน Barthel index <15 รวมทั้งคะแนน Barthel index >15 with multiple impairment</p>
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(A/B) \times 100$
ระยะเวลาประเมินผล	ไตรมาส 2 และ 4

เกณฑ์การประเมิน

ปี 2562 :

	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
ตัวชี้วัดหลัก		ร้อยละ 25		ร้อยละ 50
ตัวชี้วัดรอง		ร้อยละ 50		ร้อยละ 60

ปี 2563 :

	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
ตัวชี้วัดหลัก		ร้อยละ 60		ร้อยละ 75
ตัวชี้วัดรอง		ร้อยละ 50		ร้อยละ 60

ปี 2564 :

	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
ตัวชี้วัดหลัก		ร้อยละ 85		ร้อยละ 100
ตัวชี้วัดรอง		ร้อยละ 70		ร้อยละ 75

วิธีการประเมินผล :

สสจ. จัดเก็บข้อมูลตามแบบรายงาน

เอกสารสนับสนุน :

- รายงานฉบับสมบูรณ์โครงการศึกษาการจัดบริการและต้นทุนบริการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์ ผู้ป่วยระยะกลาง (Intermediate Care) ภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพ
- รายงานสรุปโครงการพัฒนางานการดูแลผู้ป่วยระยะฟื้นฟู (Subacute Rehabilitation)
- แนวทางการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (Clinical Practice Guidelines for Stroke Rehabilitation) ฉบับปรับปรุงครั้งที่ 3 พ.ศ. 2559

รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.		
			2559	2560	2561
					เริ่มมีการดำเนินการ IMC เป็นปีแรก
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	<p>1. นายแพทย์ ศุภศิลาภิ จาปานาค นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ โทรศัพท์มือถือ: 086-7024649 Email: sjampanak@gmail.com กลุ่มงานเวชกรรมฟื้นฟู โรงพยาบาลสระบุรี</p> <p>2. นายแพทย์ ประสิทธิ์ชัย มั่งจิตร นายแพทย์เชี่ยวชาญ โทรศัพท์มือถือ: 081-9230536 Email: Peed.pr@gmail.com กองบริหารการสาธารณสุข</p> <p>3. แพทย์หญิง จุไรรัตน์ บัวภิบาล นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ โทรศัพท์มือถือ: 097-9698566 Email: jurairat_jaa@hotmail.com สถาบันสิรินธรเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์แห่งชาติ กรมการแพทย์</p> <p>4. แพทย์หญิง วิชนี ธงทอง นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ โทรศัพท์มือถือ: 086-5294597 Email: vichyrehab@gmail.com สถาบันสิรินธรเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์แห่งชาติ กรมการแพทย์</p>				
หน่วยงานประมวลผลและจัดทำข้อมูล (ระดับส่วนกลาง)	<p>รองผู้อำนวยการสำนักนิเทศระบบการแพทย์ กรมการแพทย์ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-590-6357 โทรศัพท์มือถือ : 081-935-7334 โทรสาร : 02-965-9851 E-mail : pattarawin@gmail.com</p>				
ผู้รับผิดชอบการรายงานผลการดำเนินงาน	<p>1. รองผู้อำนวยการสำนักนิเทศระบบการแพทย์ กรมการแพทย์ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-590-6357 โทรศัพท์มือถือ : 081-935-7334 โทรสาร : 02-965-9851 E-mail : pattarawin@gmail.com</p>				

2. นายปวิช อภิบาลกุล นักวิเคราะห์นโยบายและแผนปฏิบัติการ
 โทรศัพท์ที่ทำงาน: 0 2590 6347 โทรศัพท์มือถือ: 09 8546 3564
 โทรสาร: 0 2591 8279 E-mail: eva634752@gmail.com
 กองยุทธศาสตร์และแผนงาน กรมการแพทย์

3.3 Organ Transplant (บริจาคอวัยวะ)

- House Model เขตสุขภาพที่ 4

Service Plan สาขาการรับบริจาคและปลูกถ่ายอวัยวะ

เป้าหมาย	เพิ่มจำนวนผู้ยินยอมบริจาคอวัยวะจากผู้ป่วยสมองตาย	กระทรวงสาธารณสุข	เพิ่มจำนวนผู้ยินยอมบริจาคดวงตา	ปี 2663
ตัวชี้วัด	อัตราส่วนของจำนวนผู้ยินยอมบริจาคอวัยวะจากผู้ป่วยสมองตาย ต่อจำนวนผู้ป่วยเสียชีวิตในโรงพยาบาล > 0.9 : 100 ผู้ป่วยเสียชีวิตในโรงพยาบาล A , S	เพิ่มการปลูกถ่าย ลดการตาย ได้ตัวเร็ว	อัตราส่วนของจำนวนผู้ยินยอมบริจาคดวงตาต่อจำนวนผู้ป่วยเสียชีวิตในโรงพยาบาล > 1.3 :100	1) มุ่งพัฒนาระบบและเชื่อมโยงเครือข่ายการรับบริจาคและปลูกถ่ายอวัยวะ ดวงตา ให้มีประสิทธิภาพ 2) มุ่งการพัฒนา Regional Retrieval Team (RRT) และจำนวนการปลูกถ่ายไตสำเร็จ 3) มีผู้แสดงความจำนงบริจาคอวัยวะ เนื้อเยื่อ และดวงตาเพิ่มขึ้น
มาตรการหลัก	การพัฒนาระบบบริการสุขภาพควบคู่กับการบริหารทรัพยากร	การพัฒนาบุคลากรและแลกเปลี่ยนเรียนรู้	การพัฒนากลไกการบูรณาการทุกระดับ	การพัฒนาระบบเทคโนโลยีสารสนเทศ
กลยุทธ์	<ol style="list-style-type: none"> 1) จัดทำแผนงานบริหารจัดการร่วมกันภายในเครือข่ายสุขภาพที่ 4 2) การพัฒนาระบบการค้นหา Potential donor เชียงรุก 3) การพัฒนาตำแหน่งงานศูนย์ปลูกถ่ายไตที่โรงพยาบาลสระบุรี 4) การพัฒนา Regional Retrieval Team (RRT) ร่วมกับโรงพยาบาลเครือข่าย 5) การวางแผนจัดตั้ง Regional Retrieval Team (RRT) ที่โรงพยาบาลพระนั่งเกล้า ในปี 2564 (จะมี Vascular Surgeon สำเร็จการศึกษาในเดือนกรกฎาคม 2563) 	<ol style="list-style-type: none"> 1) การพัฒนาศักยภาพบุคลากรร่วมกันภายในเครือข่ายสุขภาพที่ 4 2) การพัฒนาศักยภาพของแพทย์และสนับสนุนให้มี Soft Cadaver Training เพิ่มในเครือข่ายสุขภาพที่ 4 3) การพัฒนาศักยภาพการเจรจาขอรับบริจาคอวัยวะและดวงตาของบุคลากรเป้าหมายงานบริจาคและปลูกถ่ายอวัยวะ 	<ol style="list-style-type: none"> 1) การพัฒนาการค้นหาผู้บริจาคดวงตา ร่วมกับ SP สาขา Palliative care 2) การเชื่อมโยงระบบการค้นหาผู้บริจาคดวงตามุ่งสู่ชุมชน <ul style="list-style-type: none"> - จัดให้มีระบบ FAST TRACK - สร้างความร่วมมือกับเครือข่ายผู้นำชุมชน 3) การให้ข้อมูลความรู้ ความเข้าใจและรณรงค์ประชาสัมพันธ์เกี่ยวกับการรับบริจาคและปลูกถ่ายอวัยวะ เนื้อเยื่อ และดวงตา เชียงรุกภายในและนอกพื้นที่ 	<ol style="list-style-type: none"> 1) การพัฒนาข้อมูลแสดงความจำนงบริจาคอวัยวะและดวงตา โดยผ่านทางเทคโนโลยีทันสมัยและ รวดเร็ว 2) ระบบการนำเข้าข้อมูลผู้บริจาคอวัยวะและดวงตา ระหว่างกรมการปกครอง กระทรวงสาธารณสุข สภาวิชาชีพไทย สปสช สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ
ระยะเวลา	ไตรมาส 1(3 เดือน)	ไตรมาส 2(6เดือน)	ไตรมาส 3 (9 เดือน)	ไตรมาส 4 (12 เดือน)
กิจกรรม	<ol style="list-style-type: none"> 1) จัดประชุมคณะกรรมการเขตวางแผนงานร่วมกัน 2) พัฒนาการการจัดเก็บรวบรวมข้อมูลการรับบริจาคและปลูกถ่ายอวัยวะร่วมกันภายในเครือข่ายสุขภาพที่ 4 3) การจัดตั้งระบบทีม Regional Retrieval Team (RRT) ในโรงพยาบาลสระบุรี ร่วมมือกับทีมของเครือข่าย 3 แห่ง ได้แก่ โรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราช โรงพยาบาลนครนายก โรงพยาบาลพระพุทธบาท โดยเริ่มดำเนินการตั้งแต่วันที่ 1 พฤศจิกายน 2562 	<ol style="list-style-type: none"> 1) จัดอบรมโครงการเชิงปฏิบัติการพัฒนาศักยภาพบุคลากรภายในเครือข่าย <ul style="list-style-type: none"> - จัดอบรมวิชาการ 2 รุ่น ที่รพ.พระนั่งเกล้าและรพ.พระนครศรีอยุธยา โดยมุ่งเน้น TC เจรจาขอรับบริจาคดวงตา - การเยี่ยมเสริมพลังจับคู่ใจไว้ - จัดทำ KM ร่วมกันภายในเครือข่ายบริการเขตสุขภาพที่ 4 2) โรงพยาบาลสระบุรี เริ่มการผ่าตัด Kidney Transplant (KT) ในเดือนกุมภาพันธ์ 2563 	<ol style="list-style-type: none"> 1) จัดส่งบุคลากรอบรมหลักสูตร TC <ul style="list-style-type: none"> - ระยะเวลา 3 วันที่สภาวิชาชีพ - ระยะเวลา 4 เดือนที่วิทยาลัยบรมราชชนนินทร์ ส่งบุคลากร 3 คน คนละจังหวัดคือ นครนายก / สิงห์บุรี / สระบุรี 2) การจัดให้ข้อมูลความรู้และรณรงค์ประชาสัมพันธ์เรื่องการรับบริจาคและปลูกถ่ายอวัยวะ เนื้อเยื่อ และดวงตาเชิงรุกให้แก่บุคลากรภายในองค์กรและประชาชนนอกพื้นที่ เช่น วัด โรงเรียน ห้างสรรพสินค้า 	<ol style="list-style-type: none"> 1) สรุปผลการดำเนินงาน - ถอดบทเรียน 2) การวางแผนงบประมาณในปี 2564 3) โรงพยาบาลพระนั่งเกล้า เตรียมระบบการจัดตั้ง Regional Retrieval Team (RRT)

- Template กระทรวงสาธารณสุข

ยุทธศาสตร์	ยุทธศาสตร์ด้านบริการเป็นเลิศ (Service Excellence)								
แผนที่	6. การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan)								
โครงการที่	23. โครงการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ สาขาปลูกถ่ายอวัยวะ								
ระดับการวัดผล	จังหวัด เขต และ ประเทศ								
ชื่อตัวชี้วัดเชิงปริมาณ	40. อัตราส่วนของจำนวนผู้ยินยอมบริจาคอวัยวะจากผู้ป่วยสมองตาย ต่อจำนวนผู้ป่วยเสียชีวิตในโรงพยาบาล (โรงพยาบาล A, S)								
คำนิยาม	<ul style="list-style-type: none"> ผู้บริจาคอวัยวะจากผู้ป่วยสมองตาย (actual brain death donor) หมายถึง ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยภาวะสมองตาย ครบถ้วนตามกระบวนการที่แพทยสภากำหนดและญาติลงนามยินยอมบริจาคอวัยวะลงในแบบฟอร์มของศูนย์รับบริจาคอวัยวะสภากาชาด และได้มีการลงมือผ่าตัดนำอวัยวะใดอวัยวะหนึ่งออกเพื่อการนำไปปลูกถ่าย จำนวนผู้ป่วยเสียชีวิตในโรงพยาบาล หมายถึง จำนวนผู้ป่วยที่เสียชีวิตในรพ.จากทุกสาเหตุ ใน 1 ปีงบประมาณก่อนการรายงานผลตัวชี้วัด (เช่นรายงานตัวชี้วัดปี 2562 ให้ใช้จำนวนผู้ป่วยเสียชีวิตในโรงพยาบาล ปี 2561 เป็นตัวหาร) 								
เกณฑ์เป้าหมาย	<table border="1"> <thead> <tr> <th>ปีงบประมาณ 63</th> <th>ปีงบประมาณ 64</th> <th>ปีงบประมาณ 65</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>0.9</td> <td>1.0</td> <td>1.0</td> </tr> </tbody> </table>			ปีงบประมาณ 63	ปีงบประมาณ 64	ปีงบประมาณ 65	0.9	1.0	1.0
ปีงบประมาณ 63	ปีงบประมาณ 64	ปีงบประมาณ 65							
0.9	1.0	1.0							
วัตถุประสงค์	เพิ่มจำนวนผู้ยินยอมบริจาคอวัยวะจากผู้ป่วยสมองตาย								
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	โรงพยาบาล A, S								
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	รวบรวมจากศูนย์รับบริจาคอวัยวะสภากาชาดไทยและการตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข								
แหล่งข้อมูล	ศูนย์รับบริจาคอวัยวะสภากาชาดไทยและการตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข								
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนผู้บริจาคอวัยวะจากผู้ป่วยสมองตาย (actual donor)								
รายการข้อมูล 2	B = อัตราส่วนของจำนวนผู้ยินยอมบริจาคอวัยวะจากผู้ป่วยสมองตาย ต่อจำนวนผู้ป่วยเสียชีวิตในโรงพยาบาล								

สูตรคำนวณตัวชี้วัด	(A/B) x 100																												
ระยะเวลาประเมินผล	ทุกไตรมาส และรวบรวมสรุปผลสิ้นสุดปีงบประมาณ																												
เกณฑ์การประเมิน	<p>ปี 2563 :</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>รอบ 3 เดือน</th> <th>รอบ 6 เดือน</th> <th>รอบ 9 เดือน</th> <th>รอบ 12 เดือน</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>0.3</td> <td>0.5</td> <td>0.7</td> <td>0.9</td> </tr> </tbody> </table> <p>ปี 2564 :</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>รอบ 3 เดือน</th> <th>รอบ 6 เดือน</th> <th>รอบ 9 เดือน</th> <th>รอบ 12 เดือน</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>0.4</td> <td>0.6</td> <td>0.8</td> <td>1.0</td> </tr> </tbody> </table> <p>ปี 2565 :</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>รอบ 3 เดือน</th> <th>รอบ 6 เดือน</th> <th>รอบ 9 เดือน</th> <th>รอบ 12 เดือน</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>0.4</td> <td>0.6</td> <td>0.8</td> <td>1.0</td> </tr> </tbody> </table>					รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน	0.3	0.5	0.7	0.9	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน	0.4	0.6	0.8	1.0	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน	0.4	0.6	0.8	1.0
รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน																										
0.3	0.5	0.7	0.9																										
รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน																										
0.4	0.6	0.8	1.0																										
รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน																										
0.4	0.6	0.8	1.0																										
วิธีการประเมินผล :																													
เอกสารสนับสนุน :	ข้อมูลรายงานประจำปีศูนย์รับบริจาคอวัยวะสภากาชาดไทย																												
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน		Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ																									
				พ.ศ.																									
				2559	2560																								
				2561																									
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	<p>แพทย์หญิงกรทิพย์ ผลโภาค นายแพทย์ชำนาญการ</p> <p>โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-3548108 ต่อ 5514 โทรศัพท์มือถือ : 095-4091619</p> <p>โทรสาร : 02-3548188 E-mail : korntip_p@rajavithi.go.th</p> <p>สถานที่ทำงาน รพ.ราชวิถี</p>																												

<p>หน่วยงานประมวลผลและจัดทำ ข้อมูล (ระดับส่วนกลาง)</p>	<p>แพทย์หญิงกรทิพย์ ผลโภาค นายแพทย์ชำนาญการ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-3548108 ต่อ 5514 โทรศัพท์มือถือ : 095-4091619 โทรสาร : 02-3548188 E-mail : korntip_p@rajavithi.go.th สถานที่ทำงาน รพ.ราชวิถี นางดลชวรรณ อุณหะนันท์ นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5906358 โทรศัพท์มือถือ : 097-1915995 โทรสาร : 02-9659851 E-mail : dolthawan111@gmail.com สถานที่ทำงาน สำนักงานเขตระบบการแพทย์</p>
<p>ผู้รับผิดชอบการรายงานผลการ ดำเนินงาน</p>	<p>นางดลชวรรณ อุณหะนันท์ นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5906358 โทรศัพท์มือถือ : 097-1915995 โทรสาร : 02-9659851 E-mail : dolthawan111@gmail.com สถานที่ทำงาน สำนักงานเขตระบบการแพทย์ นางกฤติกา อิงคสุวรรณกุล นักวิเคราะห์นโยบายและแผนชำนาญการพิเศษ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5906351 โทรศัพท์มือถือ : 086-8949675 โทรสาร : 02-5918279 E-mail : eva634752@gmail.com สถานที่ทำงาน กองยุทธศาสตร์และแผนงาน</p>

3.4 โรคหลอดเลือดสมอง (Stroke)

- House Model เขตสุขภาพที่ 4



- House Model กระทรวงสาธารณสุข

หน่วยงานหลัก: กรมการแพทย์

หน่วยงานร่วม:

ประเด็น : การพัฒนาระบบบริการโรคหลอดเลือดสมอง

ตัวชี้วัดหลัก	1) อัตราตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke :I60-I69) (เป้าหมาย น้อยกว่าร้อยละ 7)					
สถานการณ์ / ข้อมูล พื้นฐาน	1) อัตราตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke :I60-I69) = ร้อยละ 7.97 2) อัตราตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตก (Hemorrhagic Stroke :I60-I62) = ร้อยละ 22.78 3) อัตราตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบ/อุดตัน (Ischemic Stroke :I63) = ร้อยละ 3.78 4) ร้อยละผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบ/อุดตันระยะเฉียบพลัน (I63) ที่มีอาการไม่เกิน 4.5 ชั่วโมง ได้รับการรักษาด้วยยาละลายลิ่มเลือดทางหลอดเลือดดำภายใน 60 นาที (door to needle time) = ร้อยละ 44.81 5) ร้อยละผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (I60-I69) ที่มีอาการไม่เกิน 72 ชั่วโมงได้รับการรักษาใน Stroke Unit = ร้อยละ 67.07 6) ร้อยละ 94.19 ของโรงพยาบาลระดับ A ที่มีหออภิบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke unit) 7) ร้อยละ 81.63 ของโรงพยาบาลระดับ S ที่มีหออภิบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke unit) 8) ทุกจังหวัดมีบริการ Stroke fast track เพื่อให้ยาละลายลิ่มเลือด					
มาตรการ /Value chain	1. บริการรักษาสภาพ	2. พัฒนามาตรฐาน	3. รับรองมาตรฐาน	4. เครือข่าย	5. พัฒนาบุคลากร	6. ระบบข้อมูล
ส่วนกลาง	<ul style="list-style-type: none"> จัดทำแผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพโรคหลอดเลือดสมอง สนับสนุนทรัพยากรที่จำเป็น ประชาสัมพันธ์ Stroke Alert, Stroke Awareness สู่สาธารณสุข 	<ul style="list-style-type: none"> จัดให้มีแนวทางในการดำเนินงานตามแนวทางการรักษาโรคหลอดเลือดสมอง ในสถานพยาบาล 	<ul style="list-style-type: none"> พัฒนาระบบการรับรองคุณภาพ ศูนย์โรคหลอดเลือดสมองมาตรฐาน (Standard Stroke Center Certification : SSCC) และ Stroke Unit ตรวจประเมินเพื่อรับรองมาตรฐาน 	<ul style="list-style-type: none"> กำหนดนโยบายในการจัดให้มีเครือข่ายบริการโรคหลอดเลือดสมองในระดับประเทศ 	<ul style="list-style-type: none"> ถ่ายทอดความรู้ในการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง แก่แพทย์ พยาบาลและบุคลากรทางการแพทย์ จัดให้มีระบบการจัดการความรู้ในการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง จัดสรรอัตรากำลังคนโรคหลอดเลือดสมองให้เพียงพอ 	<ul style="list-style-type: none"> จัดให้มีระบบรายงานตัวชี้วัดมาตรฐานด้านโรคหลอดเลือดสมอง ที่ครอบคลุมสถานพยาบาลทุกระดับ ทุกสังกัดทั้งใน กทม. และต่างจังหวัดทั่วประเทศ
เขตสุขภาพ/ สสจ.	<ul style="list-style-type: none"> กำหนดนโยบายใน รพ. ระดับ A, S ทุกแห่ง ต้องมี Stroke Unit และให้บริการ Stroke fast track ที่มีคุณภาพ กำหนดนโยบายในการพัฒนา Stroke Unit ให้มีจำนวนเพียงพอ 	<ul style="list-style-type: none"> จัดให้มีแนวทางในการดำเนินงานตามแนวทางการรักษาโรคหลอดเลือดสมอง ในสถานพยาบาลทุกระดับในพื้นที่รับผิดชอบ เผยแพร่แนวทางการรักษาโรคหลอดเลือดสมองแตก (Care map for hemorrhagic stroke) เผยแพร่แนวทางการรักษาโรคหลอดเลือดสมองตีบ/อุดตันสำหรับแพทย์ 	<ul style="list-style-type: none"> สนับสนุนให้สถานพยาบาลในพื้นที่รับผิดชอบเข้าร่วมเครือข่ายวิชาการเพื่อการรับรองมาตรฐาน และสนับสนุนทรัพยากรที่เกี่ยวข้อง สนับสนุนให้มีรับรองคุณภาพ ศูนย์โรคหลอดเลือดสมองมาตรฐาน (Standard Stroke Center Certification : SSCC) อย่างน้อยเขตละ 1 แห่ง 	<ul style="list-style-type: none"> จัดให้เครือข่ายบริการ ทั้ง Acute และ intermediate care จัดทำแนวทางในการรับส่งต่อผู้ป่วยทั้งภายในเขตและนอกเขตบริการที่รับผิดชอบ ให้ชัดเจน 	<ul style="list-style-type: none"> สนับสนุนการศึกษาฝึกอบรม และการจัดการความรู้ด้านการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองให้แก่ แพทย์ พยาบาล และบุคลากรทางการแพทย์ ในสังกัด 	<ul style="list-style-type: none"> กำกับรายงานตัวชี้วัดมาตรฐานด้านโรคหลอดเลือดสมอง ของสถานพยาบาลทุกระดับทุกสังกัดในพื้นที่ที่รับผิดชอบ
รพ.	<ul style="list-style-type: none"> รพ. ระดับ A,S ทุกแห่งต้องมี Stroke Unit และ Stroke fast track เพื่อให้ยาละลายลิ่มเลือด จัดให้มี Stroke Unit ใน รพ.ระดับ M ที่มีความพร้อม ให้การรักษ Hemorrhagic stroke ใน Stroke Unit/ICU จัดให้มีบริการ Thrombectomy ในระดับ A ที่มีความพร้อม 	<ul style="list-style-type: none"> ให้การรักษายาพยาบาลโรคหลอดเลือดสมองตามแนวทางการรักษาและแนวทางการดำเนินงานที่กำหนด 	<ul style="list-style-type: none"> เข้าร่วมเครือข่ายวิชาการ เพื่อพัฒนาการดูแลรักษาให้เป็นไปตามมาตรฐาน 	<ul style="list-style-type: none"> ดำเนินงานตามแนวทาง การรับส่งต่อผู้ป่วยที่ได้กำหนดไว้ 	<ul style="list-style-type: none"> จัดให้แพทย์ พยาบาล และบุคลากรทางการแพทย์ ในสังกัด เข้ารับการศึกษาศึกษาฝึกอบรมด้านการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง จัดให้มี การจัดการความรู้ในการดูแลรักษาโรคหลอดเลือดสมอง 	<ul style="list-style-type: none"> บันทึก/จัดทำรายงานตัวชี้วัดมาตรฐานด้านโรคหลอดเลือดสมองที่ถูกต้อง และรวดเร็ว
Small Success ระดับความสำเร็จ	3 เดือน	6 เดือน	9 เดือน	12 เดือน		
	1) จัดทำแผนพัฒนาเครือข่ายระบบบริการโรคหลอดเลือดสมองระดับเขตสุขภาพ 2) มีการนำ Care map for Hemorrhagic stroke มาใช้ใน Stroke unit	1) อัตราตายโรคหลอดเลือดสมองแตก <25% 2) อัตราตายโรคหลอดเลือดสมองตีบ<5% 3) ร้อยละผู้ป่วยที่มีอาการไม่เกิน 4.5 ชม.ได้รับการรักษาภายใน 60 นาที ≥60% 4) ร้อยละผู้ป่วยที่มีอาการไม่เกิน 72 ชม. ได้รับการรักษาใน stroke unit ≥45% 5) โรงพยาบาลระดับ A, S ทุกแห่งมี Stroke unit 100 %	1) อัตราตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตก<25% 2) อัตราตายผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบ<5%	3) อัตราตายโรคหลอดเลือดสมองแตก <25% 4) อัตราตายโรคหลอดเลือดสมองตีบ<5% 5) ร้อยละผู้ป่วยที่มีอาการไม่เกิน 4.5 ชม.ได้รับการรักษาภายใน 60 นาที ≥60% 6) ร้อยละผู้ป่วยที่มีอาการไม่เกิน 72 ชม. ได้รับการรักษาใน stroke unit ≥45% 7) มีการรับรองคุณภาพศูนย์โรคหลอดเลือดสมองมาตรฐาน กระทรวงสาธารณสุข อย่างน้อยเขตละ 1 แห่ง		

- Template กระบวนการสาธารณสุข

หมวด	ยุทธศาสตร์ด้านบริการเป็นเลิศ (Service Excellence)		
แผนที่	6. การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan)		
โครงการที่	10.โครงการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ สาขาโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง		
ระดับการแสดงผล	ประเทศ		
ชื่อตัวชี้วัด	24. ร้อยละอัตราการตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง และระยะเวลาที่ได้รับการรักษาที่เหมาะสม		
ตัวชี้วัดย่อย	24.1 อัตราตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke :I60-I69)		
คำนิยาม	<p>ร้อยละอัตราการตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke :I60-I69)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง หมายถึง ผู้ป่วยใน (ผู้ป่วยที่รับไว้นอนพักรักษาในโรงพยาบาล (admit) นานตั้งแต่ 4 ชั่วโมงขึ้นไป) ที่มี principal diagnosis (pdx) เป็นโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke :I60-I69) 2. การตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง หมายถึง การตายจากสาเหตุโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke :I60-I69) 3. การจำหน่ายผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง หมายถึง การที่ผู้ป่วยในออกจากโรงพยาบาลด้วย โรคหลอดเลือดสมอง (Stroke :I60-I69) 		
เกณฑ์เป้าหมาย:			
	อัตราการตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง	ปีงบประมาณ 63	ปีงบประมาณ 64
		ปีงบประมาณ 65	
	อัตราการตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke: I60-I69)	น้อยกว่าร้อยละ 7	น้อยกว่าร้อยละ 7
		น้อยกว่าร้อยละ 7	
วัตถุประสงค์	ลดอัตราการตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในโรงพยาบาล		
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มารับการรักษาที่โรงพยาบาล		
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	- ระบบข้อมูล 43 แฟ้ม		
แหล่งข้อมูล	- ฐานข้อมูลจากการประเมินข้อมูลจาก Health Data Center (HDC) กระทรวงสาธารณสุข		

24.1 อัตราตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke :I60-I69)					
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนครั้งของการจำหน่ายสถานะตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke :I60-I69) จากทุกหอผู้ป่วย				
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนครั้งของการจำหน่ายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจากทุกหอผู้ป่วยในช่วงเวลาเดียวกัน (Stroke :I60-I69)				
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(A/B) \times 100$				
ระยะเวลาประเมินผล	ปีละ 1 ครั้ง ติดตามเปลี่ยนแปลงทุก 6 เดือน				
เกณฑ์การประเมิน					
ปี 2563:					
ปี 2564:					
ปี 2565:					
.					
	อัตราตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
	อัตราตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke :I60-I69)	-	น้อยกว่าร้อยละ 7	-	น้อยกว่าร้อยละ 7
	อัตราตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
	อัตราตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke :I60-I69)	-	น้อยกว่าร้อยละ 7	-	น้อยกว่าร้อยละ 7
	อัตราตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
	อัตราตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke :I60-I69)	-	น้อยกว่าร้อยละ 7	-	น้อยกว่าร้อยละ 7

Small Success					
3 เดือน	6 เดือน	9 เดือน	12 เดือน		
- สื่อสารนโยบาย ด้านโรคหลอดเลือด สมอง - จัดอบรม Stroke: Basic course	- %SU≥45, %DTN≥60, - จัดอบรม Stroke: Basic course	- จัดประชุมการแลกเปลี่ยน เรียนรู้ ระหว่างรพ. ใน เครือข่ายวิชาการฯ - ร้อยละอัตราการตายของผู้ป่วย โรคหลอดเลือดสมองแตก (I60-I62) <25 - ร้อยละอัตราการตายของผู้ป่วย โรคหลอดเลือดสมองตีบ/อุด ตัน (I63) <5 - จัดอบรม Stroke Advance course	- ร้อยละอัตราการตายของผู้ป่วย โรคหลอดเลือดสมองแตก (I60-I62) <25 - ร้อยละอัตราการตายของผู้ป่วย โรคหลอดเลือดสมองตีบ/อุด ตัน (I63) <5 - %SU≥50, %DTN ≥60 - จัดอบรม Stroke Manager course		
วิธีการประเมินผล :	- ฐานข้อมูลจากการประเมินข้อมูลจาก Health Data Center (HDC) กระทรวงสาธารณสุข				
เอกสารสนับสนุน :	สำนักนิเทศระบบการแพทย์ กรมการแพทย์				
รายละเอียดข้อมูล พื้นฐาน	Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ		
			พ.ศ.		
			2560	2561	2562
		อัตราการตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือด สมอง (Stroke :I60-I69)	9.07	8.22	7.97

<p>ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด</p>	<p>1. นายแพทย์สุชาติ หาญไชยพิบูลย์กุล โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-306-9899 ต่อ 2408 โทรศัพท์มือถือ : 081-843-4502 โทรสาร : 02-354-7072 E-mail : suchathanc@yahoo.com</p> <p>2. นางจุฑาภรณ์ บุญธง โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-306-9899 ต่อ 1138 โทรศัพท์มือถือ : 087-114-9480 โทรสาร : 02-354-7072 E-mail : j.bunthong@gmail.com</p>
<p>หน่วยงานประมวลผลและจัดทำข้อมูล (ระดับส่วนกลาง)</p>	<p>1. ศูนย์เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข 2. สำนักนิติเวชระบบการแพทย์ กรมการแพทย์</p>
<p>ผู้รับผิดชอบการรายงานผลการดำเนินงาน</p>	<p>1. นางจุฑาภรณ์ บุญธง โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-306-9899 ต่อ 1138 โทรศัพท์มือถือ : 087-114-9480 โทรสาร : 02-354-7072 E-mail : j.bunthong@gmail.com</p>

3. โรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด (STEMI)

- House Model เขตสุขภาพที่ 4

หน่วยงานหลัก:

หน่วยงานร่วม:



SP. สาขาหัวใจเขตสุขภาพที่ 4 (2563)

เป้าหมาย	Goals 1. ประชาชนป่วยและตายด้วยโรค หลอดเลือดหัวใจลดลง		KPI 1. อัตราการตายด้วยหลอดเลือดหัวใจ 24 ต่อแสนประชากร	
ตัวชี้วัด	2. ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจเข้าถึงบริการ ที่รวดเร็ว และมีคุณภาพ		2. อัตราการตายในช่วงระยะเวลา 1เดือนในผู้ป่วย STEMI ร้อยละ 10 3. อัตราผู้ป่วย STEMIได้รับการเปิดหลอดเลือดร้อยละ 90 4. อัตราผู้ป่วย STEMI มาถึงโรงพยาบาลภายใน 60 นาที ร้อยละ 50	
สถานการณ์/ข้อมูลพื้นฐาน	1. ประชากรเขตสุขภาพที่ 4 มีอัตราการตายด้วยหลอดเลือดหัวใจในปี 2562 ประมาณ 32 ต่อแสนประชากร 2. อัตราตายผู้ป่วย STEMI ใน Admission เฉลี่ยร้อยละ 10.3 แต่ถ้าขาดการดูแลต่อเนื่อง จะเสียชีวิตเพิ่มอีกจำนวนหนึ่ง(อัตราการตายในช่วงระยะเวลา 1เดือนในผู้ป่วย STEMI บางจว. ร้อยละ 12-14) 3. ผู้ป่วย STEMI มาถึงโรงพยาบาลภายใน 60 นาที เพียงร้อยละ 32.2 ขั้นตอนการส่งต่อล่าช้า ร้อยละ 22.6 ทำให้ขาดโอกาสที่เหมาะสมในการได้รับการขยายหลอดเลือด 4. ปี 2562 อัตราผู้ป่วย STEMI ได้รับการเปิดหลอดเลือดร้อยละ 85.7			
ยุทธศาสตร์	เพิ่มความรู้ ของ กลุ่มเสี่ยง รวมถึงครอบครัวและชุมชน ในการ ป้องกัน และเข้าถึงบริการโรคหลอดเลือดหัวใจเฉียบพลัน		พัฒนาคุณภาพ และมาตรฐาน บริการโรคหลอดเลือดหัวใจ	
กิจกรรมหลัก	<ul style="list-style-type: none"> คัดกรอง Mapping ผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยง ให้ Health Literacy ผู้ป่วย ครอบครัว เพิ่มความตระหนักในการเข้าถึงบริการ อย่างรวดเร็ว รณรงค์การใช้ Web page ใจใกล้หมอ 		<ul style="list-style-type: none"> พัฒนาคุณภาพ Fast tract ACS./ STEMI/NSTEMI พัฒนาคุณภาพ Warfarin Clinic ของรพ.ชุมชน เพิ่มศักยภาพ รพ.สระบุรีและ รพ.พระนั่งเกล้า ในการบริการสวนหัวใจนอกเวลาราชการเพิ่มขึ้น เพิ่มคุณภาพบริการ Heart Failure Clinic 	
ระดับความสำเร็จ	ไตรมาส 1	ไตรมาส 2	ไตรมาส 3	ไตรมาส 4
	อัตราการตายด้วยหลอดเลือดหัวใจ 6 ต่อแสน	อัตราการตายด้วยหลอดเลือดหัวใจ 12 ต่อแสน	อัตราการตายด้วยหลอดเลือดหัวใจ 18 ต่อแสน	อัตราการตายด้วยหลอดเลือดหัวใจ 24 ต่อแสน
	อัตราการตายในช่วงระยะเวลา 1เดือนในผู้ป่วย STEMI ร้อยละ 14	อัตราการตายในช่วงระยะเวลา 1เดือนในผู้ป่วย STEMI ร้อยละ 13	อัตราการตายในช่วงระยะเวลา 1เดือนในผู้ป่วย STEMI ร้อยละ 12	อัตราการตายในช่วงระยะเวลา 1เดือนในผู้ป่วย STEMI ร้อยละ 10
	อัตราผู้ป่วย STEMI ได้รับการเปิดหลอดเลือดร้อยละ 85	อัตราผู้ป่วย STEMI ได้รับการเปิดหลอดเลือดร้อยละ 87	อัตราผู้ป่วย STEMI ได้รับการเปิดหลอดเลือดร้อยละ 88	อัตราผู้ป่วย STEMI ได้รับการเปิดหลอดเลือดร้อยละ 90
อัตราผู้ป่วย STEMI มาถึงโรงพยาบาลภายใน 60 นาที ร้อยละ 30	อัตราผู้ป่วย STEMI มาถึงโรงพยาบาลภายใน 60 นาที ร้อยละ 40	อัตราผู้ป่วย STEMI มาถึงโรงพยาบาลภายใน 60 นาที ร้อยละ 45	อัตราผู้ป่วย STEMI มาถึงโรงพยาบาลภายใน 60 นาที ร้อยละ 50	

- House Model กระทรวงสาธารณสุข

หน่วยงานหลัก: สถาบันโรคทรวงอก

ประเด็น : STEMI Fast Tract

เป้าหมาย/ ตัวชี้วัด	1. อัตราตายของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิด STEMI ไม่เกินร้อยละ 9					2. ร้อยละของการให้การรักษามืออาชีพ STEMI ได้ตามมาตรฐานที่กำหนด > 50				
สถานการณ์/ ข้อมูล พื้นฐาน	1. อัตราตายของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิด STEMI ร้อยละ 8.41					2. ร้อยละการให้การรักษามืออาชีพ STEMI ได้ตามมาตรฐานที่กำหนด				
	3. ผู้ป่วยเข้าถึงการบริการล่าช้า พบว่าระยะเวลาตั้งแต่ผู้ป่วยมีอาการถึงได้รับการวินิจฉัยมีค่ามัธยฐาน = 120 นาที					2.1 ร้อยละผู้ป่วย STEMI ได้รับยาละลายลิ่มเลือดภายใน 30 นาทีหลังได้รับการวินิจฉัย = 47.16				
						2.2 ร้อยละผู้ป่วย STEMI ได้รับการทำ Primary PCI ภายใน 120 นาทีหลังได้รับการวินิจฉัย = 44.32				
มาตรการ /Value chain	1.การพัฒนาบุคลากร	2.การพัฒนามาตรฐานการรักษา	3.การพัฒนากระบวนการส่งต่อผู้ป่วย	4.ระบบข้อมูลสารสนเทศ	5.นโยบาย/กลยุทธ์					
กิจกรรม หลัก	- เพิ่มอัตราค่าส่งบุคลากรทางการแพทย์ที่เกี่ยวข้องให้เพียงพอกับภาระงาน	- กำหนดตัวชี้วัดเพื่อพัฒนามาตรฐานการรักษามืออาชีพผู้ป่วย	- กำหนดนโยบายระบบ STEMI Fast Tract ให้ครอบคลุมทุกเขตสุขภาพ	- มีการพัฒนาโปรแกรม Thai ACS Registry อย่างต่อเนื่อง เพื่อให้สอดคล้องกับระบบบริการสุขภาพ	- การรณรงค์ประชาสัมพันธ์ให้ความรู้ประชาชนให้ทราบถึงอาการของโรคหัวใจขาดเลือด (Early warning symptom and sign) และการเข้าถึงระบบบริการอย่างรวดเร็ว (Public alert)					
ส่วนกลาง	- กำหนดให้มี project manager และมีการกำหนดบทบาทหน้าที่ให้ชัดเจน	- จัดทำ Guideline การรักษามืออาชีพ STEMI	- กำหนดมาตรฐานระบบการส่งต่อผู้ป่วย	- จัดการอบรมการใช้โปรแกรม Thai ACS Registry	- การสนับสนุนให้ TNK แทนการใช้ SK ที่ใช้อยู่ในปัจจุบัน เพื่อการรักษามืออาชีพ STEMI					
	- จัดการอบรมวิชาการในการให้ความรู้ในการดูแลผู้ป่วย STEMI และ Advanced cardiac life support (ACLS)	- นิเทศงานและให้การสนับสนุนเพื่อให้โรงพยาบาลในเขตสุขภาพให้การรักษามืออาชีพ STEMI ได้ตามมาตรฐาน	- กำหนดมาตรฐานระบบการส่งต่อผู้ป่วย	- สนับสนุนให้มีการใช้โปรแกรมอย่างแพร่หลาย	- การสนับสนุนให้ STEMI แทนการใช้ SK ที่ใช้อยู่ในปัจจุบัน เพื่อการรักษามืออาชีพ STEMI					
		- นิเทศงานและจัดอบรมเพื่อให้ความรู้ในการดูแลรักษามืออาชีพผู้ป่วย		- จัดสรรงบประมาณในการบริหารจัดการข้อมูล	- สนับสนุนเพิ่มอัตราค่าส่ง ค่าตอบแทน และความก้าวหน้าในวิชาชีพให้กับบุคลากรที่เกี่ยวข้อง					
		- ติดตามตัวชี้วัดเพื่อประเมินมาตรฐานการรักษา								
เขต/สสจ.	- กำหนดกรอบอัตราค่าส่งให้เพียงพอต่อภาระงาน	- สนับสนุนโรงพยาบาลในเขตสุขภาพในการรักษามืออาชีพผู้ป่วยตามมาตรฐาน	- ดำเนินการให้มีระบบ STEMI Fast Tract ให้สอดคล้องกับบริบทพื้นที่ และมีความชัดเจนในระบบการส่งต่อผู้ป่วย	- กำกับดูแลแพทย์ในเขตสุขภาพในการลงข้อมูล โปรแกรม Thai ACS Registry อย่างครบถ้วนและสม่ำเสมอ	- ให้ความร่วมมือในการดำเนินงานตามนโยบาย					
	- สนับสนุนในการส่งบุคลากรเข้ารับการอบรม	- ติดตามตัวชี้วัดเพื่อประเมินมาตรฐานการรักษา	- กำกับดูแลเพื่อให้ระบบ STEMI Fast Tract สามารถดำเนินการได้อย่างมีประสิทธิภาพ และมีศูนย์หัวใจที่สามารถทำ Emergency PCI เปิดบริการ 24/7 อย่างน้อย 1 แห่งต่อเขตสุขภาพ	- สนับสนุนในการส่งบุคลากรเพื่ออบรมการลงข้อมูล	- จัดการรณรงค์ระดับจังหวัด/เขตสุขภาพ เพื่อให้ความรู้ผู้ป่วยให้ทราบถึงอาการกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดและการเข้าถึงการบริการ					
			- ดำเนินการให้มีระบบ STEMI Fast Tract ให้สอดคล้องกับบริบทพื้นที่ และมีความชัดเจนในระบบการส่งต่อผู้ป่วย							
			- กำกับดูแลเพื่อให้ระบบ STEMI Fast Tract สามารถดำเนินการได้อย่างมีประสิทธิภาพ และมีศูนย์หัวใจที่สามารถทำ Emergency PCI เปิดบริการ 24/7 อย่างน้อย 1 แห่งต่อเขตสุขภาพ							
			- ติดตามประเมินผลการดำเนินงาน							
รพ.	- คัดเลือกบุคลากรที่เกี่ยวข้องเพื่อเข้ารับการอบรม	- ให้การรักษามืออาชีพ STEMI ตามมาตรฐานและ Guideline, ระดับ F2 ขึ้นไปสามารถให้ยาละลายลิ่มเลือดได้	- ดำเนินการส่งต่อผู้ป่วยตามระบบเครือข่ายของเขตบริการสุขภาพ	- คัดเลือกและมอบหมายบุคลากรเพื่อเข้ารับการอบรมการลงข้อมูล Thai ACS Registry และทำการลงข้อมูลอย่างสม่ำเสมอ	- ให้ความร่วมมือในการดำเนินงานตามนโยบาย					
	- กำหนดภาระงานบุคลากรที่เกี่ยวข้องให้ชัดเจน	- เก็บข้อมูลตัวชี้วัดมาตรฐานการรักษา	- ติดตามและประเมินผลการดำเนินงาน							
	- จัดการอบรมให้ความรู้บุคลากรในรพ. ในการดูแลรักษามืออาชีพ STEMI และ การทำ ACLS	- ส่งบุคลากรเข้ารับการอบรมวิชาการเพื่อพัฒนาศักยภาพในการดูแลผู้ป่วย								
Small Success	ระดับความสำเร็จ	ไตรมาส 1	ไตรมาส 2	ไตรมาส 3	ไตรมาส 4					
1. อัตราตายของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิด STEMI		ไม่เกินร้อยละ 9	ไม่เกินร้อยละ 9	ไม่เกินร้อยละ 9	ไม่เกินร้อยละ 9					
2. ร้อยละผู้ป่วย STEMI ได้รับยาละลายลิ่มเลือดภายใน 30 นาทีหลังได้รับการวินิจฉัย หรือ ร้อยละผู้ป่วย STEMI ได้รับการทำ Primary PCI ภายใน 120 นาทีหลังได้รับการวินิจฉัย		> 50	> 50	> 50	> 50					
3. การรณรงค์ Heart attack alert สำหรับประชาชน		จัดทำสื่อให้ความรู้ประชาชนให้ทราบถึงอาการของโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด	เผยแพร่สื่อ	เผยแพร่สื่อ	เผยแพร่สื่อ					

- Template กระบวนการสาธารณสุข

หมวด	ยุทธศาสตร์ด้านบริการเป็นเลิศ (Service Excellence)														
แผนที่	6.การพัฒนากระบวนการบริการสุขภาพ (Service Plan)														
โครงการที่	19. โครงการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ สาขาโรคหัวใจ														
ระดับการแสดงผล	เขตและประเทศ														
ชื่อตัวชี้วัด	36.อัตราการตายของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิด STEMI และการให้การรักษามาตรฐานเวลาที่กำหนด														
ชื่อตัวชี้วัดหลัก	36.1 อัตราตายของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิด STEMI														
ตัวชี้วัดรอง	36.2 ร้อยละของการให้การรักษาผู้ป่วย STEMI ได้ตามมาตรฐานเวลาที่กำหนด														
คำนิยาม	ผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิด STEMI หมายถึง กล้ามเนื้อหัวใจที่ขาดเลือดมาเลี้ยงจนเกิดการตายของกล้ามเนื้อ และมีคลื่นไฟฟ้าหัวใจผิดปกติชนิดเอสทียก (ST Elevated Myocardial Infarction)														
ตัวชี้วัดหลัก	36.1 อัตราตายของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิด STEMI														
เกณฑ์เป้าหมาย :	<table border="1"> <tr> <td>ปีงบประมาณ 61</td> <td>ปีงบประมาณ 62</td> <td>ปีงบประมาณ 63</td> <td>ปีงบประมาณ 64</td> <td>ปีงบประมาณ 65</td> </tr> <tr> <td>ไม่เกินร้อยละ 10</td> <td>ไม่เกินร้อยละ 10</td> <td>ไม่เกินร้อยละ 9</td> <td>ไม่เกินร้อยละ 8</td> <td>ไม่เกินร้อยละ 8</td> </tr> </table>					ปีงบประมาณ 61	ปีงบประมาณ 62	ปีงบประมาณ 63	ปีงบประมาณ 64	ปีงบประมาณ 65	ไม่เกินร้อยละ 10	ไม่เกินร้อยละ 10	ไม่เกินร้อยละ 9	ไม่เกินร้อยละ 8	ไม่เกินร้อยละ 8
ปีงบประมาณ 61	ปีงบประมาณ 62	ปีงบประมาณ 63	ปีงบประมาณ 64	ปีงบประมาณ 65											
ไม่เกินร้อยละ 10	ไม่เกินร้อยละ 10	ไม่เกินร้อยละ 9	ไม่เกินร้อยละ 8	ไม่เกินร้อยละ 8											
วัตถุประสงค์	เพื่อลดอัตราการตายจากโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิด STEMI														
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ชนิด STEMI - ผู้ป่วยใน รหัส ICD10 WHO I21.0-I21.3 ที่เสียชีวิตในโรงพยาบาล - ผู้ป่วยใน รหัส ICD10- WHO I21.0-I21.3 ทั้งหมด														
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	เมื่อมีผู้ป่วย STEMI และวิเคราะห์ข้อมูล โดย สำนักนโยบายและแผน โดยใช้ข้อมูล 43 แฟ้มและข้อมูลจาก Thai ACS Registry														
แหล่งข้อมูล	ข้อมูลจาก Thai ACS Registry														
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนผู้ป่วยรหัส ICD10 -WHO – I21.0-I21.3 ที่เสียชีวิตในโรงพยาบาลทั้งหมด														
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนผู้ป่วยรหัส ICD10 -WHO – I21.0-I21.3 ที่รับไว้รักษาที่โรงพยาบาลทั้งหมด														

สูตรคำนวณตัวชี้วัด	(A /B) X 100																																												
ระยะเวลาประเมินผล	ปีละ 1 ครั้ง ติดตามทุก 3 เดือน																																												
เกณฑ์การประเมิน :	<p>ปี 2561:</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>รอบ 3 เดือน</th> <th>รอบ 6 เดือน</th> <th>รอบ 9 เดือน</th> <th>รอบ 12 เดือน</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>< 10</td> <td>< 10</td> <td>< 10</td> <td>< 10</td> </tr> </tbody> </table> <p>ปี 2562:</p> <p>ปี 2563:</p> <p>ปี 2564:</p> <p>ปี 2565:</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>รอบ 3 เดือน</th> <th>รอบ 6 เดือน</th> <th>รอบ 9 เดือน</th> <th>รอบ 12 เดือน</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>< 10</td> <td>< 10</td> <td>< 10</td> <td>< 10</td> </tr> <tr> <th>รอบ 3 เดือน</th> <th>รอบ 6 เดือน</th> <th>รอบ 9 เดือน</th> <th>รอบ 12 เดือน</th> </tr> <tr> <td>< 9</td> <td>< 9</td> <td>< 9</td> <td>< 9</td> </tr> <tr> <th>รอบ 3 เดือน</th> <th>รอบ 6 เดือน</th> <th>รอบ 9 เดือน</th> <th>รอบ 12 เดือน</th> </tr> <tr> <td>< 8</td> <td>< 8</td> <td>< 8</td> <td>< 8</td> </tr> <tr> <th>รอบ 3 เดือน</th> <th>รอบ 6 เดือน</th> <th>รอบ 9 เดือน</th> <th>รอบ 12 เดือน</th> </tr> <tr> <td>< 8</td> <td>< 8</td> <td>< 8</td> <td>< 8</td> </tr> </tbody> </table>					รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน	< 10	< 10	< 10	< 10	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน	< 10	< 10	< 10	< 10	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน	< 9	< 9	< 9	< 9	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน	< 8	< 8	< 8	< 8	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน	< 8	< 8	< 8	< 8
รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน																																										
< 10	< 10	< 10	< 10																																										
รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน																																										
< 10	< 10	< 10	< 10																																										
รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน																																										
< 9	< 9	< 9	< 9																																										
รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน																																										
< 8	< 8	< 8	< 8																																										
รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน																																										
< 8	< 8	< 8	< 8																																										
วิธีการประเมินผล :	<p>รายงานจากเวชระเบียนข้อมูล</p> <ul style="list-style-type: none"> - จำนวนผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิด STEMI ทั้งหมดที่รับไว้หรือมารักษาในโรงพยาบาล - จำนวนผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิด STEMI ที่รับไว้หรือมารักษาในโรงพยาบาลและเสียชีวิตในโรงพยาบาล 																																												
เอกสารสนับสนุน :	เอกสาร 43 เพิ่มข้อมูลและข้อมูลจาก Thai ACS Registry																																												
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.																																										
	13.39	ร้อยละ	2560	2561	2562																																								
			10.12	9.64	8.41																																								

ตัวชี้วัดรอง	36.2 ร้อยละของการให้การรักษาผู้ป่วย STEMI ได้ตามมาตรฐานเวลาที่กำหนด				
เกณฑ์เป้าหมาย :					
	ปีงบประมาณ 61	ปีงบประมาณ 62	ปีงบประมาณ 63	ปีงบประมาณ 64	ปีงบประมาณ 65
	ร้อยละ 50	ร้อยละ 50	ร้อยละ 50	ร้อยละ 60	ร้อยละ 60
วัตถุประสงค์	เพื่อประเมินมาตรฐานการรักษานผู้ป่วย STEMI				
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	จำนวนโรงพยาบาลตั้งแต่ในระดับ F2 ขึ้นไปทุกแห่งในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข				
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	รายงานโรงพยาบาลตั้งแต่ในระดับ F2 ขึ้นไปที่มีการให้ยาละลายลิ่มเลือดในผู้ป่วย STEMI จากทุกเขตบริการ				
แหล่งข้อมูล	จากการตรวจราชการและข้อมูล Thai ACS Registry ที่ลงทะเบียนมาจากโรงพยาบาลในทุกเครือข่ายเขตบริการสุขภาพในกระทรวงสาธารณสุข				
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนครั้งการรักษาที่สามารถให้ยาละลายลิ่มเลือดภายใน 30 นาที นับจากผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัย STEMI เมื่อมาถึงโรงพยาบาล หรือ จำนวนครั้งที่สามารถส่งต่อไปที่โรงพยาบาลที่ทำ PCI ได้ ให้ได้รับการทำ Primary PCI ภายใน 120 นาที นับจากผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัย STEMI เมื่อมาถึงโรงพยาบาล				
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนผู้ป่วย STEMI ที่มาถึงโรงพยาบาลและได้รับยาละลายลิ่มเลือดทั้งหมด หรือจำนวนผู้ป่วย STEMI ที่มาถึงโรงพยาบาลและได้รับได้รับการทำ Primary PCI ทั้งหมด				
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(A/B) \times 100$				
ระยะเวลาประเมินผล	ทุก 3 เดือน (รายไตรมาส)				
เกณฑ์การประเมิน :	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน	
ปี 2561:	50	50	50	50	
ปี 2562:	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน	
ปี 2563:	50	50	50	50	
ปี 2564:	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน	
ปี 2565:	รอบ 30 เดือน	รอบ 60 เดือน	รอบ 90 เดือน	รอบ 120 เดือน	

	60	60	60	60	
	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน	
	60	60	60	60	
วิธีการประเมินผล :	<p>รายงานจากเวชระเบียนข้อมูล</p> <ul style="list-style-type: none"> - จำนวนผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิด STEMI ทั้งหมดที่รับไว้หรือมารักษาในโรงพยาบาล - จำนวนผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิด STEMI ที่รับไว้หรือมารักษาในโรงพยาบาลและได้รับยาละลายลิ่มเลือดภายใน 30 นาทีที่ได้รับการวินิจฉัย STEMI - จำนวนผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิด STEMI ที่รับไว้หรือมารักษาในโรงพยาบาลและได้รับยาละลายลิ่มเลือดทั้งหมด - จำนวนผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิด STEMI ที่รับไว้หรือมารักษาในโรงพยาบาลและได้รับการทำ PCI ภายใน 120 นาทีหลังได้รับการวินิจฉัย STEMI - จำนวนผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิด STEMI ที่รับไว้หรือมารักษาในโรงพยาบาลและได้รับการทำ PCI ทั้งหมด 				
เอกสารสนับสนุน :	<ul style="list-style-type: none"> - เอกสาร 43 แฟ้มข้อมูลและข้อมูลจาก Thai ACS Registry - IBANEZ, Borja, et al. 2017 ESC Guidelines for the management of acute myocardial infarction in patients presenting with ST-segment elevation: The Task Force for the management of acute myocardial infarction in patients presenting with ST-segment elevation of the European Society of Cardiology (ESC). <i>European heart journal</i>, 2017, 39.2: 119-177. 				
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	Baseline data	หน่วยวัด (ร้อยละ)	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.		
			2560	2561	2562
			ไม่มีข้อมูล	ไม่มีข้อมูล	47.16

		ร้อยละผู้ป่วย STEMI ได้รับความสำเร็จ การทำ Primary PCI ภายใน 120 นาทีหลังได้รับการวินิจฉัย	ไม่มีข้อมูล	ไม่มีข้อมูล	48.79
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	แพทย์หญิงอรวรรณ อนุไพวรรณ โทรศัพท์ที่ทำงาน: 02-591-9972 โทรสาร : 02-591-9972 สถานที่ทำงาน: กลุ่มงานอายุรศาสตร์หัวใจ สถาบันโรคทรวงอก กรมการแพทย์	ตำแหน่ง: นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ โทรศัพท์มือถือ: 081-845-9395 E-mail: dr.orawan.tuk@gmail.com			
หน่วยงานประมวลผล และจัดทำข้อมูล (ระดับส่วนกลาง)					
ผู้รับผิดชอบการรายงาน ผลการดำเนินงาน	แพทย์หญิงอรวรรณ อนุไพวรรณ โทรศัพท์ที่ทำงาน: 02-591-9972. โทรสาร : 02-591-9972 สถานที่ทำงาน: กลุ่มงานอายุรศาสตร์หัวใจ สถาบันโรคทรวงอก กรมการแพทย์	ตำแหน่ง: นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ โทรศัพท์มือถือ: 081-845-9395 E-mail: dr.orawan.tuk@gmail.com			

ส่วนที่ 4 ทำเนียบผู้รับผิดชอบนโยบายเร่งรัดของผู้บริหารกระทรวงสาธารณสุข ปีงบประมาณ 2563 เขตสุขภาพที่ 4

Excellence	ประเด็น	ผู้รับผิดชอบ	ตำแหน่ง	หน่วยงาน	E-mail	เบอร์โทรศัพท์
PP&P	1. พขอ.	นายแพทย์พนัส โสภณพงษ์	นายแพทย์สาธารณสุข จังหวัดนนทบุรี	สำนักงานสาธารณสุข จังหวัดนนทบุรี	doctorpanus@gmail.com	081-9446452
	2. อสม.	นายแพทย์ศรีศักดิ์ ตั้งจิต ธรรม	นายแพทย์สาธารณสุข จังหวัดอ่างทอง	สำนักงานสาธารณสุข จังหวัดอ่างทอง	drsrisakloel@gmail.com	089-7115093
Service	3. วัคซีนโรค	นายแพทย์สุรินทร์ สืบซึ้ง	นายแพทย์สาธารณสุข จังหวัดปทุมธานี	สำนักงานสาธารณสุข จังหวัดปทุมธานี	surinsuesuing@gmail.com	081-3770108
	4. ER คุณภาพ	นายแพทย์ธีระชัย คงเอี่ยม ตระกูล	ผู้อำนวยการ โรงพยาบาล พระนครศรีอยุธยา	โรงพยาบาล พระนครศรีอยุธยา	khirachai@gmail.com	081-8233288
	5. RDU&AMR	นายแพทย์พรเพชร นันท วุฒิพันธุ์	ผู้อำนวยการ โรงพยาบาลนครนายก	โรงพยาบาลนครนายก	pornppnn@gmail.com	086-9393738
	6. ภัยสุขภาพ	นายแพทย์อนันต์ กมลเนตร	ผู้อำนวยการ โรงพยาบาลสระบุรี	โรงพยาบาลสระบุรี	akamoinate@gmail.com	081-3417373
Governance	7. Smart Hospital	นายแพทย์รุ่งฤทัย มวล ประสิทธิ์พร	นายแพทย์สาธารณสุข จังหวัดสระบุรี	สำนักงานสาธารณสุข จังหวัดสระบุรี	roongrutai@gmail.com	086-4490861
	8. นวัตกรรมเขต (Pre-term)	นายแพทย์สมศักดิ์ สุทธิ พงศ์เกียรติ	ผู้อำนวยการ โรงพยาบาลพระ นารายณ์มหาราช	โรงพยาบาลพระ นารายณ์มหาราช	somsakortho@hotmail.com	081-61258787
	9. รพ.สต.ติดดาว	นายแพทย์วิโรจน์ รัตนอมร สกุล	นายแพทย์สาธารณสุข จังหวัดนครนายก	สำนักงานสาธารณสุข จังหวัดนครนายก	Viroj97gmail.com	081-8051040

Excellence	ประเด็น	ผู้รับผิดชอบ	ตำแหน่ง	หน่วยงาน	E-mail	เบอร์โทรศัพท์
ประเด็นมุ่งเน้น เขต	1. Intermediate Care	นายแพทย์ประสิทธิ์ชัย มั่ง จิตร	ผู้อำนวยการสำนักงาน เขตสุขภาพที่ 4	สำนักงานเขตสุขภาพที่ 4	peed.pr@gmail.com	081-9230536
	2. ACS/Stroke	นายแพทย์สกล สุขพรหม	รองผู้อำนวยการฝ่าย การแพทย์	รพ.พระนั่งเกล้า จ. นนทบุรี	Sakol-nero@hotmail.com	081-14428197
	3. Organ Transplant	นายแพทย์อนันต์ กมลเนตร	ผู้อำนวยการ	โรงพยาบาลสระบุรี จ. สระบุรี	akamolnate@gmail.com	081-13417373
	4. Pre-term	นางหทัยรัตน์ อัจจิมานนท์	รองผู้อำนวยการฝ่าย การแพทย์	รพ.พระนารายณ์ มหาราช จ.ลพบุรี	hathairatknh@gmail.com	086-8127037

สำนักงานเขตสุขภาพที่ 4 สระบุรี

ที่อยู่ 56 ถนนเทศบาล 3 ตำบลปากเพรียว อำเภอเมือง จังหวัดสระบุรี

โทรศัพท์ 0 3623 0929 โทรสาร 0 3623 0930

อีเมล rhsoffice4@gmail.com / Website: <http://rh4.moph.go.th/>

